Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Untersuchungen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik zu den Veränderungen in der Patientenstruktur

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
ANITA KAUPP, geb. Bermanseder
aus Heidenheim

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546522_0055

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Untersuchungen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik zu den Veränderungen in der Patientenstruktur

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
ANITA KAUPP, geb. Bermanseder
aus Heidenheim

1985

Dekan: Professor Dr. W. Schulte
1. Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter: Professor Dr. R. Michaelis

Druck: Zeeb-Druck, Tübingen 7 (Hagelloch)

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Methodische Vorbemerkungen	2
3.	Untersuchungsergebnisse	3
	3.1. Aufnahmezahlen und Geschlechtsverteilung	3
	3.2. Aufnahmemodus	10
	3.3. Altersverteilung	14
	3.4. Einweisungsgründe	21
	3.4.1. Zusammenfassung	55
	3.5. Diagnosen	59
	3.5.1. Zusammenfassung	99
4.	Resümee	103
5.	Schlußbetrachtung	106
6.	Literaturverzeichnis	107

1. Einleitung

Die vorliegende Untersuchung soll einen Überblick über die Veränderungen in der Patientenstruktur der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am Zentrum für Psychiatrie und Neurologie der Universität Tübingen geben.

Dazu wurden alle in den Jahren von 1961 bis 1981 aufgenommenen Patienten erfaßt, wobei die Frage der Wiederaufnahme unberücksichtigt blieb. Untersucht wurden vor allem die Veränderungen in den Aufnahmezahlen, der Alters- und Geschlechtsverteilung, sowie den Einweisungsgründen und Diagnosen im Verlaufe der letzten zwanzig Jahre. Die verschiedenen Aufnahmemodi ambulant, stationär sowie ambulant und stationär wurden dabei getrennt betrachtet. Unter ambulant und stationärem Aufnahmemodus werden Patienten geführt, bei denen sowohl eine ambulante als auch stationäre Behandlung erfolgte.

Die Motivation für diese Feldstudie entstand aus der Beobachtung, daß sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren ein genereller Strukturwandel vollzogen hat, der nun erstmals an einer großen Patientenpopulation und über einen längeren Zeitraum hinweg mit statistischen Methoden objektiviert werden sollte. Auch soll diese Darstellung eine Anregung für andere Kliniken sein, ähnliche Studien durchzuführen, damit ein Vergleich möglich ist und die Frage beantwortet werden kann, ob die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse nur Relevanz für die Tübinger Klinik besitzen oder ob sie allgemein beobachtbare Entwicklungen wiederspiegeln. Darüber hinaus wären solche epidemiologischen Daten äußerst hilfreich zur Bedarfsermittlung und Anpassung des Versorgungssystems an die Bedürfnisse der Ratsuchenden.

2. Methodische Vorbemerkungen

Die für die Untersuchung relevanten Daten konnten den Krankenblättern der Patienten entnommen werden. Dabei waren Angaben zu Alter und Geschlecht - naturgemäß - eindeutig zu erfassen. Probleme gab es beim Aufnahmemodus, da in den Jahren von 1974 bis 1977 - bedingt durch Änderungen der statistischen Erfassung - keine Angaben über die Anzahl der sowohl ambulant als auch stationär behandelten Patienten verfügbar waren. Für diese Jahre konnte aus Gründen der Registrierung nur zwischen den beiden Aufnahmemodi ambulant oder stationär differenziert werden. Diese Tatsache muß bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Was die Einweisungsgründe und Diagnosen angeht, so ergaben sich auch hierbei im Laufe der Jahre geringfügige Abweichungen - ebenfalls aufgrund von Änderungen im statistischen Erfassungssystem. Insgesamt aber waren diese Angaben in den letzten Jahren recht einheitlich, was nicht zuletzt daran liegt, daß man in Tübingen schon recht früh einen eigenen Diagnosenschlüssel eingeführt hat, der im wesentlichen lediglich erweitert, aber nicht vollständig abgeändert wurde. Die Unterschiede konnten weitgehend ausgeglichen werden; wo dies nicht der Fall ist, wird an entsprechender Stelle darauf hingewiesen.

3. Untersuchungsergebnisse

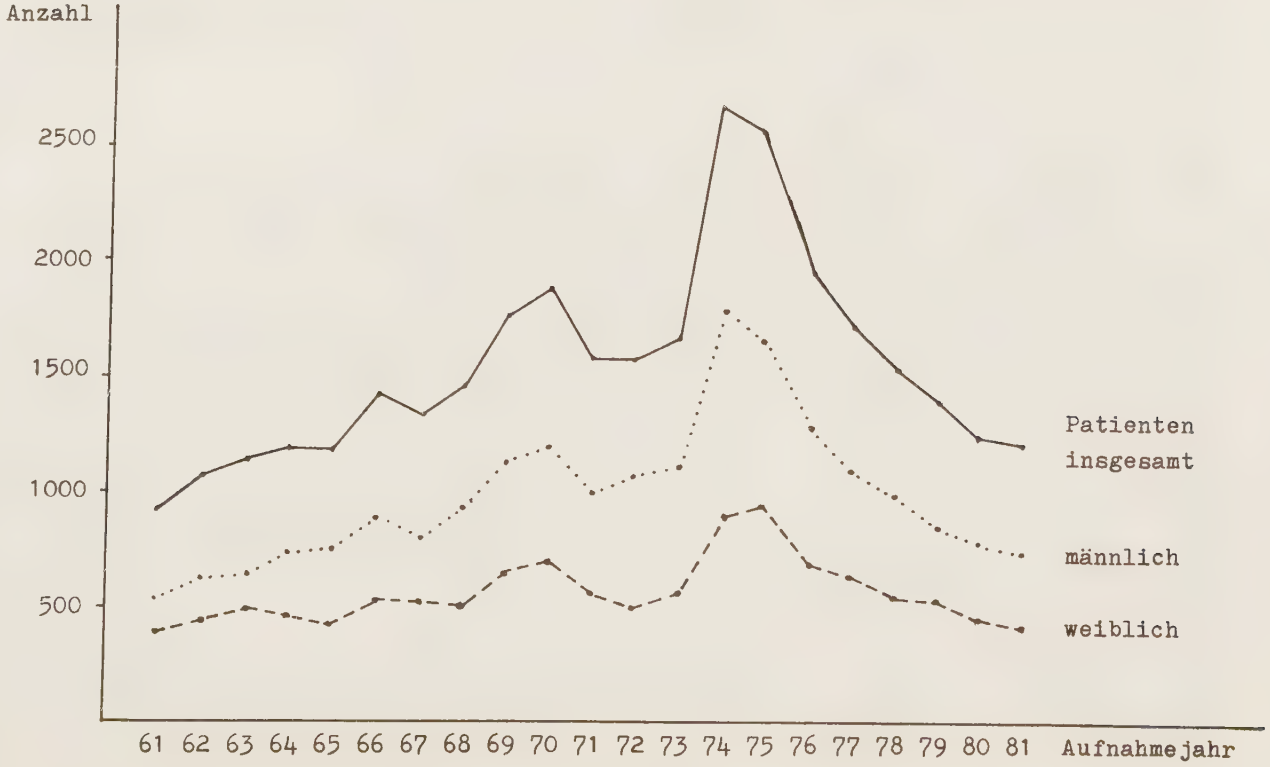
3.1. Aufnahmezahlen und Geschlechtsverteilung

In den Jahren von 1961 bis 1981 wurden insgesamt 32.718 Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, wobei - wie eingangs schon erwähnt - die Frage der Wiederaufnahme unberücksichtigt blieb.

Tab. 1: Patientenaufnahmen von 1961-1981 aufgeschlüsselt nach Geschlecht

Aufnahmejahr	Patienten gesamt	davon männlich	davon weiblich	Geschlechtsverh. m : w
1961	926	540	386	1,4
1962	1062	624	438	1,4
1963	1136	645	491	1,3
1964	1196	735	461	1,6
1965	1183	751	432	1,7
1966	1415	886	529	1,7
1967	1336	803	533	1,5
1968	1469	945	524	1,8
1969	1783	1125	658	1,7
1970	1902	1203	699	1,7
1971	1588	1018	570	1,8
1972	1584	1064	520	2,0
1973	1678	1115	563	2,0
1974	2710	1802	908	2,0
1975	2610	1665	945	1,8
1976	1972	1287	685	1,9
1977	1744	1107	637	1,7
1978	1548	996	552	1,8
1979	1413	869	544	1,6
1980	1251	792	459	1,7
1981	1212	774	438	1,8

Abb. 1: Patientenaufnahmen von 1961-1981 insgesamt und nach Geschlecht (s. Tabelle 1)



Die Aufnahmezahlen sind - wie aus Tabelle und Abbildung 1 eindrucksvoll erkennbar ist - in den Jahren bis 1970 ständig angestiegen, 1971 - 1973 erfolgt ein kleiner Abfall und in den Jahren 1974 und 1975 ein absolutes Aufnahmemaximum, das vor allem ambulant bedingt ist. Danach nimmt die Zahl der aufgenommenen Patienten ständig ab und liegt 1981 etwa auf dem Niveau von 1965.

Diese Schwankungen kann man im Zusammenhang mit den Geburtenziffern sehen, die von 1950 mit 813 000 Lebendgeborenen (GESELLSCHAFTLICHE DATEN 1973, S. 23) bis zum Jahre 1964 ständig angestiegen sind und dort den höchsten Nachkriegsstand mit 1 065 437 Lebendgeborenen erreicht haben (DAS GESUNDHEITSWESEN, 1974, S. 64). Danach nahm die Geburtenzahl stark ab - der sogenannte "Pillenknick" - und liegt seit 1975 im Bereich von ca. 600 000 Lebendgeborenen pro Jahr (ARBEITS- UND SOZIAL-STATISTIK, 1978, S. 10).

Wenn man nun bedenkt, daß die Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie - wie die Tabellen 3-6 zeigen werden - hauptsächlich aus Schulkindern besteht, so müßten sich diese Geburtsziffern ungefähr acht bis zehn Jahre später in den Aufnahmezahlen wiederspiegeln. So sind die Aufnahmemaxima in den Jahren 1974 und 1975 sicher z.T. durch den hohen Aufnahmedruck der geburtenstarken Jahrgänge zu erklären, es muß jedoch auch berücksichtigt werden, daß in der Kinderpsychiatrie in Tübingen damals ein sehr hoher Durchgang von Patienten bestanden hat.

Die hohen Aufnahmezahlen sagen allerdings nichts aus darüber, ob die kinderpsychiatrischen Erkrankungen zugenommen haben. Dies wird zwar überall in der Literatur behauptet, geht aber aus dieser Aufstellung nicht direkt hervor. Festgestellt werden kann lediglich eine gestiegene Nachfrage, die vielerlei Gründe haben kann: tatsäch-

licher Anstieg von Störungen, geringere Toleranz von Eltern, Lehrern, Umwelt gegenüber den "Problemkindern", bessere Aufklärung über psychosoziale Hilfen, gesunkene "Schwellenangst", usw.

Die Abnahme der Aufnahmezahlen nach 1975 könnte auch z.T. mit der abnehmenden Geburtenzahl erklärt werden, aber es gibt noch andere Gründe:
So besteht seit 1974 in der Tübinger Kinderklinik eine Abteilung für Entwicklungsstörungen, in der vor allem chronisch neurologisch auffällige Kinder behandelt werden (z.B. mit neurodegenerativen Erkrankungen, Muskeldystrophie etc.) . Diese Kinder gehörten früher auch zur Klientel der Kinderpsychiatrie, die sowohl psychiatrisch als auch neurologisch auffällige Patienten betreut. Die Kinderkliniken haben sich in den letzten Jahren vermehrt der Neuropädiatrie zugewandt und fast überall entsprechende Abteilungen eingerichtet, da sie aufgrund des Geburtenrückgangs freie Kapazitäten hatten. Außerdem kamen sie damit der vermehrten Nachfrage nach Kinderneurologen entgegen, die durch die im Jahre 1971 eingeführten Vorsorgeuntersuchungen entstanden ist. Diese Untersuchungen, die von den Krankenkassen als gesetzlich anerkannte Leistung bezahlt werden, sehen acht Untersuchungen für jedes Kind in den ersten vier Lebensjahren vor. Sie richten sich vor allem auf die Früherfassung von organisch-medizinischen Schäden und werden bis auf die beiden letzten Untersuchungen recht gut genutzt. Bedingt durch den Untersuchungszeitpunkt, kommen vor allem Kleinkinder in die neuropädiatrische Abteilung der Kinderklinik, so daß diese Gruppe in der Kinderpsychiatrie in geringerem Maße anzutreffen sein dürfte. Diese Einrichtung wird von den Eltern auch wohl bereitwilliger in Anspruch genommen, da die Stigmatisierung eines in der Kinderklinik behandelten Kindes wesentlich geringer ist, als die eines in der Psychiatrie aufgenommenen.

Somit muß die Abnahme der Aufnahmezahlen in der Kinder--und Jugendpsychiatrie auch im Zusammenhang mit dem gestiegenen Angebot an medizinischen und psychosozialen Hilfen gesehen werden. So hat z.B. die Zahl der Kinder-- und Jugendpsychiater von 175 Fachärzten im Jahre 1975 (FINZEN/KRUSE/PLOG, 1981, S. 55) auf 282 Ärzte im Jahre 1981 zugenommen (DENEKE/FIEDLER, 1982, S. 26). Ihre Anzahl ist allerdings immer noch völlig unzureichend; die Psychiatrie-Enquete gibt einen Bedarf von 1700 Fachärzten an (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE, 1975, S. 13). Insgesamt haben sie nur einen geringen Anteil an der psychosozialen Versorgung, da die meisten an Krankenhäusern arbeiten und nur wenige niedergelassen sind. Im Jahre 1981 waren von 282 Kinder- und Jugendpsychiatern nur 65 in freier Praxis tätig (DENEKE/ FIEDLER, 1982, S. 28). Außerdem erstreckt sich ihre (meist analytische) Therapie über lange Zeiträume, so daß ihre Aufnahmekapazitäten sehr begrenzt sind. Aus diesem Grunde werden die meisten Kinder entweder von niedergelassenen Kinderärzten oder in Erziehungsberatungsstellen betreut, deren Zahl in den letzten Jahren ebenfalls angestiegen ist. Bei den Kinderärzten kommt noch hinzu, daß sie sich - aufgrund des "Patientenmangels" - nun vermehrt Kindern zuwenden, die sie früher schleunigst überwiesen hätten. Eine Umfrage von ASAM und KARRASZ (1979) ergab, daß Kinderärzte im Schnitt ca. 10 Kinder pro Monat mit psychischen Problemen (wie Schlafstörungen, Enuresis, Konzentrationsschwäche und Angst) behandeln, wobei sie vor allem Psychopharmaka einsetzen. Die Autoren kommen in dieser Untersuchung zu dem Ergebnis, "... daß diese hohe Zahl von kinderpsychiatrischen Patienten in den Praxen von Nicht-Psychiatern den großen Bedarf an Kinderpsychiatern widerspiegelt; ein Bedarf, der auch in der Enquete zur Lage der Psychiatrie in der BRD festgestellt wurde. Aufgrund des z. Zt. bestehenden

Mangels an ausgebildeten Kinderpsychiatern müssen Ärzte anderer Fachrichtungen in großem Umfang Kinder mit psychischen Störungen behandeln; eine nicht fachspezifische Tätigkeit, deren Problematik den betreffenden Gruppen durchaus bewußt ist" (ASAM/KARRASZ, 1979, S. 229).

Die Diskussion über den Bedarf an kinderpsychiatrischen Einrichtungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es sollte aber festgehalten werden, daß die Abnahme der Patientenzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 1975 nicht nur mit Geburtenrückgang zu erklären ist, sondern auch mit einer Übernahme der Klientel durch andere Institutionen zusammenhängt. Daraus ergibt sich die Frage, ob die Nachfrage nach psychiatrischer Hilfe überhaupt abgenommen, ja - im Gegenteil - nicht sogar zugenommen hat, wie es ja auch in der Literatur immer wieder betont wird. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kann diese Frage nur angesprochen, aber nicht ausreichend belegt werden.

Geschlechtsverteilung

Auffallend ist die recht konstante "Knabenwendigkeit" bei den aufgenommenen Patienten (s. Tab. u. Abb. 1). Dieses Phänomen wird in der Literatur mehrfach beschrieben. Es werden z.T. organische Ursachen angenommen, wie z.B. bei LEMPP, der beschreibt, daß die frühkindliche Hirnschädigung (eine häufige Diagnose) bei Jungen wesentlich häufiger auftritt als bei Mädchen. Er hält es für möglich, daß Mädchen deshalb in der Minderheit sind, weil sie häufiger schon intrauterin absterben und daß nur die "Widerstandsfähigeren" bis zur Geburt überleben. Diese sind dann gegen-

über exogenen Schäden mit der Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung weniger anfällig als Jungen (LEMPP, 1981, S. 91).

Andere Untersuchungen sehen die Ursachen für das Überwiegen der Jungen in einem stärkeren sozialen Druck begründet und ihrer (biologischen) größeren motorischen Aktivität, die für ihre eher aggressiv-expansiven Symptome verantwortlich gemacht wird (SCHMIDT, 1975, S. 174). Die größere Aggressivität der Knaben sollte aber nicht nur als biologisches Merkmal betrachtet werden, sondern sie wird ihnen in unserer Gesellschaft anerzogen als ein für den Mann geschlechtstypisches Rollenmerkmal, während Mädchen eher zu Passivität und Unterdrückung von Aggressivität angehalten werden. Gleichzeitig gilt aber massive Aggressivität eher als Verhaltensstörung als das Fehlen von Aggressionsäußerungen, so daß das Überwiegen der Jungen bei diesen Verhaltensauffälligkeiten auch im Zusammenhang mit ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation gesehen werden muß.

Insgesamt dürften für das Überwiegen der Jungen gegenüber den Mädchen in der Psychiatrie sowohl organische, als auch soziale und psychische Faktoren verantwortlich sein, wobei es von der Art der Störung abhängt, welcher Komponente mehr Gewicht beizumessen ist.
Eine Differenzierung der Einweisungsgründe nach dem Geschlecht wäre zu dieser Fragestellung sehr aufschlußreich, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

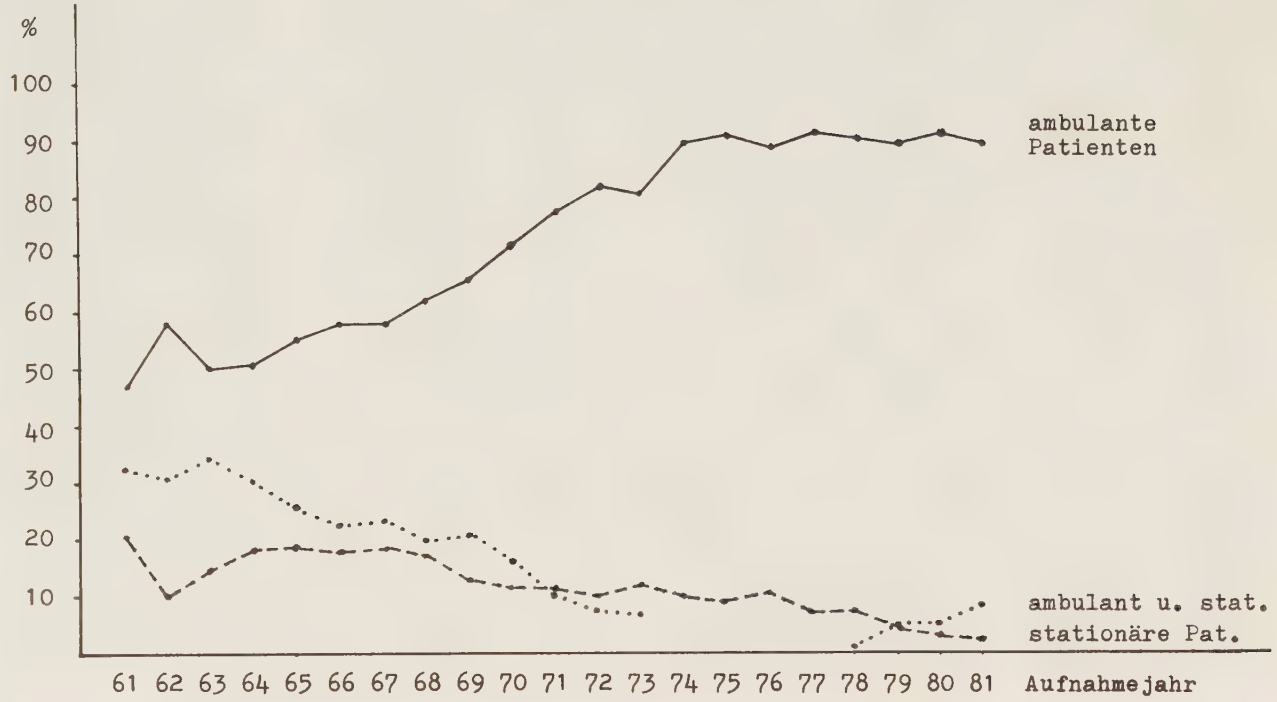
3.2. Aufnahmemodus

In der Tübinger Kinderpsychiatrie unterscheidet man zwischen drei Aufnahmemodi: ambulant, stationär, sowie ambulant und stationär. In den Jahren 1974 bis 1977 wurde der Aufnahmemodus ambulant und stationär in anderer Weise erfaßt.

Tab. 2: Patientenaufnahmen von 1961-1981 aufgeschlüsselt nach dem Aufnahmemodus

Aufnahme-	ambulant		stationär		amb. u. stat.	
jahr	ges.	%	ges.	%	ges.	%
1961	435	47,0	190	20,5	301	32,5
1962	622	58,6	108	10,2	332	31,2
1963	576	50,7	169	14,9	391	34,4
1964	613	51,3	219	18,3	364	30,4
1965	654	55,3	222	18,8	307	25,9
1966	829	58,6	258	18,2	328	23,2
1967	780	58,4	246	18,4	310	23,2
1968	918	62,5	255	17,4	296	20,1
1969	1176	66,0	230	12,9	377	21,1
1970	1374	72,2	220	11,6	308	16,2
1971	1241	78,1	179	11,3	168	10,6
1972	1306	82,5	160	10,1	118	7,4
1973	1359	81,0	205	12,2	114	6,8
1974	2434	89,8	276	10,2		
1975	2376	91,0	234	9,0		
1976	1758	89,2	214	10,8		
1977	1614	92,6	130	7,4		
1978	1417	91,5	114	7,4	17	1,1
1979	1278	90,5	67	4,7	68	4,8
1980	1150	91,9	39	3,1	62	5,0
1981	1079	89,0	30	2,5	103	8,5

Abb. 2: Patientenaufnahmen von 1961-1981 aufgeschlüsselt nach dem relativen Anteil der drei Aufnahmemodi (s. Tab. 2)



Aus der Tabelle und dem Schaubild wird ersichtlich, daß die stationären Aufnahmen extrem zurückgegangen sind. Kamen in den Sechziger Jahren noch rund 20% der vorgestellten Kinder auf Station, so sind es seit 1979 nur noch weniger als 5%. Gleichzeitig ist der Anteil der ambulanten Therapie stark angestiegen. Seit 1974 werden ca. 90% der Kinder nur noch ambulant behandelt.

Dieser Änderung liegt das therapeutische Konzept der Kinderpsychiatrie zugrunde, wonach die Störungen dort behandelt werden sollen, wo sie entstehen, nämlich in der Familie. "Neurotische Verhaltensweisen bei Kindern lassen sich sehr weitgehend auf pathogene Haltungen der Eltern zurückführen. Die Aufmerksamkeit des Beraters richtet sich deshalb zunächst auf die Frage, ob und inwieweit die Eltern in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt sind, ob sie über eine Beratung hinaus einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung bedürfen und ob überhaupt eine zusätzliche Behandlung des Kindes notwendig ist." (NISSEN, 1980, S. 59). Insofern stellt die Einweisung des Kindes eher die Ausnahme und die familientherapeutische Sitzung bzw. Elternberatung die Regel dar. Diese kann auch von anderen ambulanten Einrichtungen, wie z.B. Erziehungsberatungsstellen oder schulpsychologischem Dienst übernommen werden. Gerade an solche Einrichtungen werden auch einige der ambulanten Patienten weiterverwiesen.

Die Indikation zur Klinikeinweisung wird streng gestellt, insbesondere auch deshalb, weil jede Klinikeinweisung für ein Kind ein potentielles Trauma bedeutet. Die Schäden, die bei Trennung des Kindes von der Mutter entstehen können, sind in der Literatur ausführlich beschrieben worden (BOWLBY, 1951 u. SPITZ, 1967). Bei kleineren Kindern überwiegt die Trennungs-

angst, bei größeren kommt noch eine negative Einstellung gegenüber der Institution Psychiatrie hinzu, wie sie ja in der gesamten Bevölkerung besteht. Insgesamt bewältigen aber ältere Kinder die stationäre Einweisung leichter, weil sie die Situation besser verstehen und ihre Bindung an primäre Bezugspersonen nicht mehr so stark ist. Andererseits besteht bei einer stationären Therapie auch die Gefahr, daß sich die Kinder in der gut ausgestatteten Klinik zu stark einleben und nach der Entlassung dann Schwierigkeiten haben, in ihrer alten Umgebung wieder zurecht zu kommen. In einigen Fällen ist die stationäre Aufnahme aber auch wichtig und erwünscht, so z.B. bei Pubertätskrisen, wo gerade die Trennung des Patienten von der häuslichen Umgebung therapeutisch wirksam ist. Das Für und Wider muß deshalb jeweils sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Parallel zur Abnahme der stationären Aufnahmen ist in Tübingen die Verweildauer der eingewiesenen Kinder angestiegen und zwar von durchschnittlich 45 Pflegetagen im Jahre 1978 auf 59 Tage im Jahre 1981. Die Gründe dafür sind wohl in direktem Zusammenhang mit der Patientenselektion zu sehen. Daraus ergibt sich, daß die stationäre Kapazität genauso stark in Anspruch genommen wird, wie in früheren Jahren.

3.3. Altersverteilung

Im Folgenden soll das Alter der Kinder bei Aufnahme in der Kinderpsychiatrie untersucht werden und zwar jeweils auch getrennt nach Aufnahmemodus.

Normalerweise werden Kinder bis zum 18. Lebensjahr behandelt, bei forensischen Gutachten bis zum 21. Lebensjahr. Bei älteren Patienten handelt es sich fast ausschließlich um Aktengutachten (z.B. Spätschäden bei NS-Gutachten, Begutachtung aufgrund früherer Traumen, Beurteilung der Erziehungsfähigkeit, Nachsorge früher aufgenommener Patienten).

Das mittlere Aufnahmealter pro Aufnahmejahr wurde mit dem Medianwert berechnet, der aufgrund statistischer Überlegungen in diesem Fall die zuverlässigsten Werte liefern dürfte, da er die Patienten höheren Alters weniger stark berücksichtigt als der Mittelwert.

Tab. 3: Altersverteilung aller Patienten bei Aufnahme

Aufnahme-jahr	Alter bei Aufnahme 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22-53 Jahre
1961	20	48	47	58	62	45	70	92	55	57	71	63	57	43	43	42	16	17	8	5	3	3	1
1962	25	56	56	45	75	80	85	82	89	73	79	42	81	53	39	38	25	12	10	7	7	5	2
1963	24	31	55	77	67	65	86	100	95	89	85	69	50	73	71	38	21	10	9	11	3	2	5
1964	17	29	45	75	80	84	92	104	95	78	93	80	66	61	71	52	23	22	9	3	3	4	10
1965	21	32	50	69	82	73	91	97	85	93	73	92	76	62	56	48	36	17	6	8	5	4	7
1966	13	37	47	66	98	90	141	140	133	105	104	121	75	56	56	41	35	21	11	10	3	5	8
1967	10	27	48	68	89	76	120	103	118	85	107	105	80	73	68	63	34	29	11	7	3	4	8
1968	13	20	37	70	101	100	116	132	123	153	136	89	77	77	71	60	38	15	14	12	2	5	8
1969	29	22	57	73	118	137	130	161	170	157	142	106	109	84	91	73	41	25	16	14	6	3	20
1970	23	27	37	67	123	148	139	177	179	164	170	122	107	95	105	88	60	24	18	11	8	7	4
1971	36	18	40	58	67	101	126	153	137	129	142	114	96	89	87	77	37	38	16	12	5	2	9
1972	27	33	42	72	100	116	142	142	143	138	121	118	81	70	66	58	49	29	9	18	4	2	6
1973	50	39	33	57	97	119	129	146	170	166	140	99	73	93	90	66	39	25	16	10	11	6	4
1974	4	9	29	86	125	174	200	254	244	296	258	189	162	142	154	124	95	69	35	19	10	11	21
1975	1	14	16	47	95	147	203	216	254	270	237	202	192	164	159	108	106	72	42	24	11	10	20
1976	3	8	7	23	55	75	151	167	178	199	176	155	150	123	127	106	93	57	39	28	15	8	29
1977	8	12	12	34	73	100	88	116	177	170	159	141	106	103	100	90	85	71	38	18	15	13	15
1978	4	1	7	20	35	53	82	86	141	154	110	128	128	106	115	96	99	70	35	34	17	8	19
1979	3	5	9	24	33	64	77	84	92	99	144	115	121	105	98	85	85	76	24	21	27	11	11
1980	1	6	13	13	34	60	66	65	92	67	102	101	85	107	100	89	77	74	33	21	11	13	20
1981	-	6	10	15	27	45	61	82	87	98	92	96	94	91	95	84	82	61	33	22	13	7	11

Medianwert unterstrichen

Tab. 4: Altersverteilung der ambulanten Patienten

Aufnahme-jahr	Alter bei Aufnahme																						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22-53 Jahre
1961	14	33	39	24	35	24	35	41	20	28	28	30	19	15	21	17	3	4	1	2	-	1	1
1962	18	49	42	29	40	42	59	50	57	42	45	20	44	21	23	20	6	5	6	3	2	2	1
1963	17	24	44	44	41	32	40	63	43	41	45	31	14	29	26	20	8	5	3	5	-	-	1
1964	9	21	36	43	42	51	50	58	45	44	39	40	26	26	30	16	10	13	5	1	2	1	5
1965	14	27	35	35	51	41	57	60	50	47	47	46	34	22	16	22	20	13	4	5	4	2	2
1966	11	32	36	47	55	52	89	97	77	60	63	60	35	20	31	19	14	12	6	5	3	4	2
1967	7	26	42	50	54	41	75	59	71	42	60	59	41	32	35	30	17	17	7	5	3	3	4
1968	8	17	26	49	65	69	77	94	87	95	89	51	34	35	30	32	19	10	11	11	2	3	4
1969	19	17	44	56	90	102	100	115	111	110	91	72	63	34	42	36	23	14	10	8	6	2	12
1970	18	22	31	56	103	120	112	142	132	118	119	92	65	57	63	49	29	17	10	9	5	3	3
1971	19	18	33	49	59	81	103	124	108	100	113	83	75	63	63	51	31	32	14	9	4	2	8
1972	17	22	37	50	85	97	126	119	123	119	98	94	65	51	52	50	42	27	8	17	3	1	5
1973	39	36	23	50	76	99	114	125	149	141	106	76	56	57	65	47	33	23	16	9	11	5	3
1974	4	9	26	77	112	163	190	224	229	273	233	169	142	117	124	99	80	67	35	19	10	11	21
1975	1	12	15	41	91	138	193	204	242	251	220	181	168	138	127	92	91	67	39	24	11	10	20
1976	2	8	6	20	50	65	141	153	159	182	169	134	120	101	106	88	84	55	37	27	15	8	28
1977	7	12	12	32	68	93	86	112	171	158	148	132	92	91	85	78	72	67	37	18	15	13	15
1978	4	1	7	20	34	52	77	77	133	147	101	111	115	92	104	86	81	64	34	34	17	8	18
1979	3	5	9	23	33	62	74	72	84	89	132	102	102	87	92	76	75	65	23	21	27	11	11
1980	1	6	13	13	34	57	63	61	79	62	92	92	73	94	92	84	69	69	32	21	11	12	20
1981	-	4	8	13	26	40	53	71	80	92	79	78	82	77	81	76	81	55	31	22	12	7	11

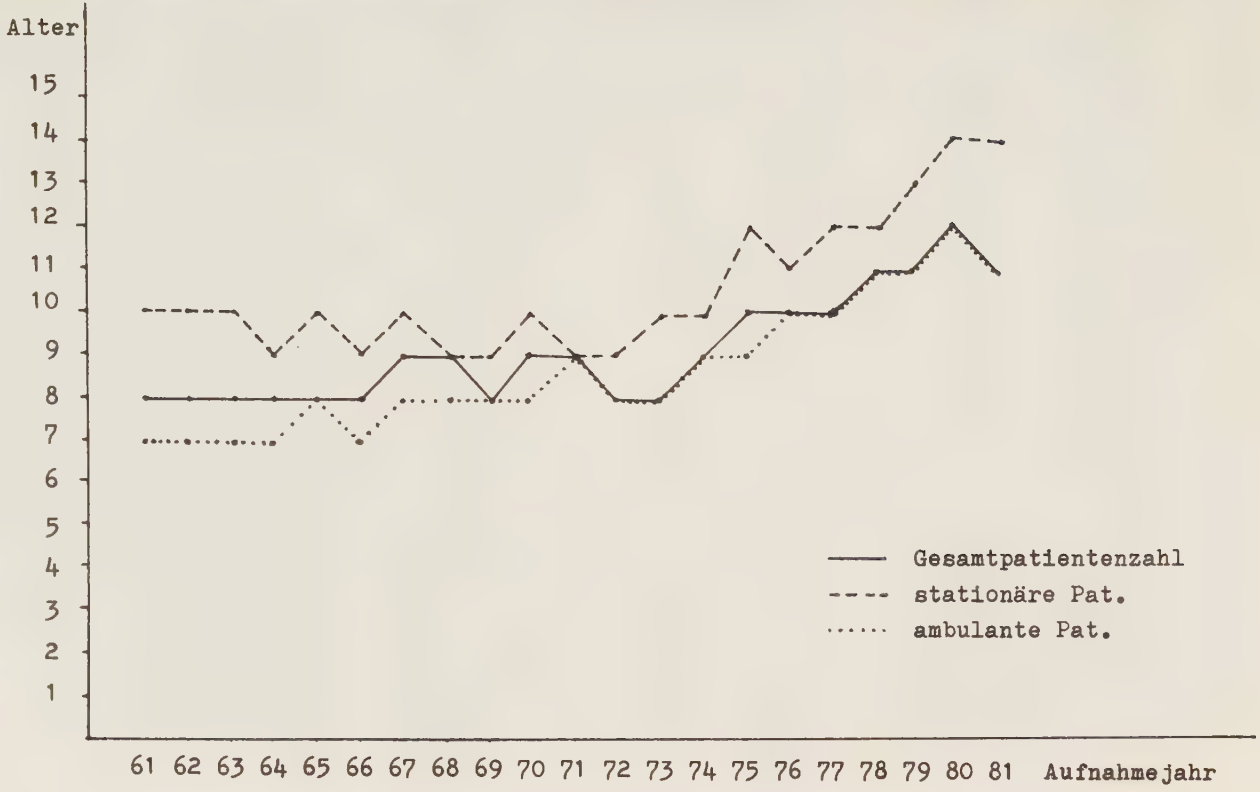
Tab. 5: Altersverteilung der stationär aufgenommenen Patienten

Aufnahme-	Alter bei Aufnahme																					
jahr	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22-27 Jahre
1961	-	-	2	13	9	4	14	19	13	10	19	13	20	14	12	10	8	3	2	1	2	2	-
1962	1	-	1	3	8	11	3	9	6	9	11	5	8	10	5	5	7	3	-	1	2	-	-
1963	2	1	1	5	6	9	15	11	21	11	10	10	14	17	14	10	6	-	3	1	1	-	1
1964	2	2	3	11	10	15	14	22	21	11	16	18	14	17	16	16	6	3	1	-	-	-	1
1965	3	-	3	12	8	8	16	18	16	22	10	20	16	26	23	14	3	1	-	1	-	1	1
1966	-	-	3	10	16	18	27	22	30	23	16	29	17	12	10	11	9	3	1	-	-	-	1
1967	2	-	-	7	17	12	21	17	22	23	25	22	17	19	13	15	8	3	1	1	-	1	-
1968	2	1	7	12	13	12	20	14	19	31	20	19	24	20	17	15	4	1	2	-	-	2	-
1969	2	2	6	9	13	10	10	20	24	24	24	7	20	19	19	13	4	2	2	-	-	-	-
1970	3	2	3	7	9	12	6	15	23	21	22	17	20	17	17	17	8	1	-	-	-	-	-
1971	13	-	3	5	4	11	14	11	18	17	17	15	9	16	13	7	4	1	-	-	-	-	1
1972	9	6	2	9	5	13	10	12	10	13	15	14	12	10	7	7	4	2	-	-	-	-	-
1973	10	1	5	4	11	6	8	12	15	15	25	17	9	29	18	14	4	1	-	1	-	-	-
1974	-	-	3	9	13	11	10	30	15	23	25	20	20	25	30	25	15	2	-	-	-	-	-
1975	-	2	1	6	4	9	10	12	12	19	17	21	24	26	32	16	15	5	3	-	-	-	-
1976	1	-	1	3	5	10	10	14	19	17	7	21	30	22	21	18	9	2	2	1	-	-	-
1977	1	-	-	2	5	7	2	4	6	12	11	9	14	12	15	12	13	4	1	-	-	-	-
1978	-	-	-	-	1	1	4	8	7	5	8	12	12	12	11	8	18	5	1	-	-	-	1
1979	-	-	-	-	-	1	2	2	-	2	5	7	7	11	3	8	9	10	-	-	-	-	-
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	1	1	4	7	6	4	6	4	-	-	-	-	1
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	3	6	5	6	1	4	1	-	-	-	-

Tab. 6: Altersverteilung der sowohl ambulant als auch stationär behandelten Patienten

Aufnahme-jahr	Alter bei Aufnahme																						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22-30 Jahre
1961	6	15	6	21	18	17	21	32	22	19	24	20	18	14	10	15	5	10	5	2	1	-	-
1962	6	7	13	13	27	27	23	23	26	22	23	17	29	22	11	13	12	4	4	3	3	3	1
1963	5	6	10	28	20	24	31	26	31	37	30	28	22	27	31	8	7	5	3	5	2	2	3
1964	6	6	6	21	28	18	28	24	29	23	38	22	26	18	25	20	7	6	3	2	1	3	4
1965	4	5	12	22	23	24	18	19	19	24	16	26	26	14	17	12	13	3	2	2	1	1	4
1966	2	5	8	9	27	20	25	21	26	22	25	32	23	24	15	11	12	6	4	5	-	1	5
1967	1	1	6	11	18	23	24	27	25	20	22	24	22	22	20	18	9	9	3	1	-	-	4
1968	3	2	4	9	23	19	19	24	17	27	27	19	19	22	24	13	15	4	1	1	-	-	4
1969	8	3	7	8	15	25	20	26	35	23	27	27	26	31	30	24	14	9	4	6	-	1	8
1970	2	3	3	4	11	16	21	20	24	25	29	13	22	21	25	22	23	6	8	2	3	4	1
1971	4	-	4	4	4	9	9	18	11	12	12	16	12	10	11	19	2	5	2	3	1	-	-
1972	1	5	3	13	10	6	6	11	10	6	8	10	4	9	7	1	3	-	1	1	1	1	1
1973	1	2	5	3	10	14	7	9	6	10	9	6	8	7	7	5	2	1	-	-	-	1	1
1974																							
1975																							
1976																							
1977																							
1978	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	1	5	1	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-
1979	-	-	-	1	-	1	1	10	8	8	7	6	12	7	3	1	1	1	1	-	-	-	-
1980	-	-	-	-	-	3	3	4	10	3	9	8	8	6	2	1	2	1	1	-	-	1	-
1981	-	2	2	2	1	5	8	11	7	3	11	17	9	8	9	2	-	2	1	-	1	-	-

Abb. 3: Altersverteilung (Medianwert) der behandelten Patienten insgesamt und getrennt nach Aufnahmemodus (ambulant und stationär) (s. Tab. 3-5)



Die überwiegende Mehrzahl der Kinder kommt im Schulalter zur Aufnahme. Dabei zeichnet sich über die letzten zwanzig Jahre ein Trend zu immer höherem Alter ab. Kamen in den Sechziger Jahren noch vor allem Kinder im 8. Lebensjahr zur Vorstellung, so stieg das Alter zunehmend auf 11 Jahre in den Jahren 1978 bis 1981. Dabei ist das Alter der stationär aufgenommenen Kinder immer höher gewesen, als das Durchschnittsalter aller Kinder zusammen und hat von 9,5 Jahren auf heute 14 Jahre zugenommen.

Diese Entwicklung wird sicher dadurch gefördert, daß in der Tübinger Klinik in letzter Zeit ganz bewußt keine Kinder unter 9 Jahren mehr aufgenommen werden. Es besteht nach LEMPP auch kaum eine Notwendigkeit dazu. Außerdem kann man mit der Eingrenzung der Altersspanne auf Station den Bedürfnissen der Patienten mehr entgegenkommen, was schwierig wird, wenn man alle Altersgruppen vom Vorschulkind bis zum Adoleszenten aufnimmt.

Die Verschiebung des Medians zu höheren Alterswerten hängt auch sicher wieder damit zusammen, daß jüngere Kinder (besonders Vorschulkinder) vermehrt in der Neuropädiatrie behandelt werden.

Die große Einweisungsquote während des Schulalters wird auch in der Literatur beschrieben und muß im Zusammenhang mit dem Hinzutreten von neuen Anforderungen und Beziehungsproblemen in der neuen Umgebung gesehen werden. Außerdem manifestieren sich viele Störungen erst in höherem Lebensalter.

3.4. Einweisungsgründe

Bei der Aufnahmeuntersuchung der Patienten werden in der Anamnese verschiedene Störungen erfragt, die den Anlaß zur Einweisung bzw. Vorstellung ergeben haben.

Im folgenden soll untersucht werden, wie häufig die einzelnen Störungen bei den Patienten vorkamen, und welche Veränderungen sich dabei in den Jahren von 1961 bis 1981 ergeben haben; ob bestimmte Probleme zu- oder abgenommen haben und ob bestimmte Trends erkennbar sind, die eine Strukturveränderung annehmen lassen.

Insgesamt werden im Untersuchungsbogen der Tübinger Klinik zur Zeit 35 verschiedene Verhaltensstörungen bei der Aufnahme erfaßt. Dabei gilt zu beachten, daß bei jedem Patienten mehrere verschiedene Verhaltensauffälligkeiten bestehen können.

Die Einweisungsgründe werden in der Reihenfolge aufgelistet, in der sie auch vom Untersucher erfragt werden. Da sich die Datenerfassungsbögen in den letzten zwanzig Jahren zweimal geändert haben, war es notwendig, bestimmte Zusammenfassungen vorzunehmen, auf die an entsprechender Stelle hingewiesen wird. Einige Einweisungsgründe werden erst seit einigen Jahren differenzierter erfaßt, bzw. tauchten erst später als Problem auf. Zum Teil wurden die erst später erfaßten Verhaltensauffälligkeiten vorher unter andere Störungen subsummiert. Der daraus entstehende Fehler dürfte allerdings sehr gering sein, da dies nur bei wenigen Rubriken der Fall ist. Im großen und ganzen war der Erfassungsbogen über die letzten zwanzig Jahre hinweg ziemlich gleich geblieben, es ist lediglich eine weitere Differenzierung der Störungen vorgenommen worden. Die Reihenfolge der Einweisungsgründe ist zufällig, entsprechend dem Dokumentationsbogen.

Folgende Einweisungsgründe wurden untersucht:

- Verhaltensauffälligkeiten:
  Enuresis, Enkopresis, Erziehungs-, Eß-, Kontaktschwierigkeiten, Kriminalität, Diebstahl, Aggressionen, motorische Unruhe, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, Onanie, Leerlaufhandlungen, Entwicklungsstörungen, Autismus, psychotisches Verhalten, Drogenabusus, Weglaufen, Angst, Zwang, Suizidversuch, Wesensänderungen, Depressionen, Sorgerechts-, Verkehrsrechtsfragen, Schlafstörungen, Kontrolluntersuchung, sonstige Verhaltensauffälligkeiten
- Schulschwierigkeiten, Schulprobleme und -fragen
- Anfälle
- Kopfschmerzen
- Lähmungen
- Bewegungsstörungen
- Tic
- Hirnnervenausfälle

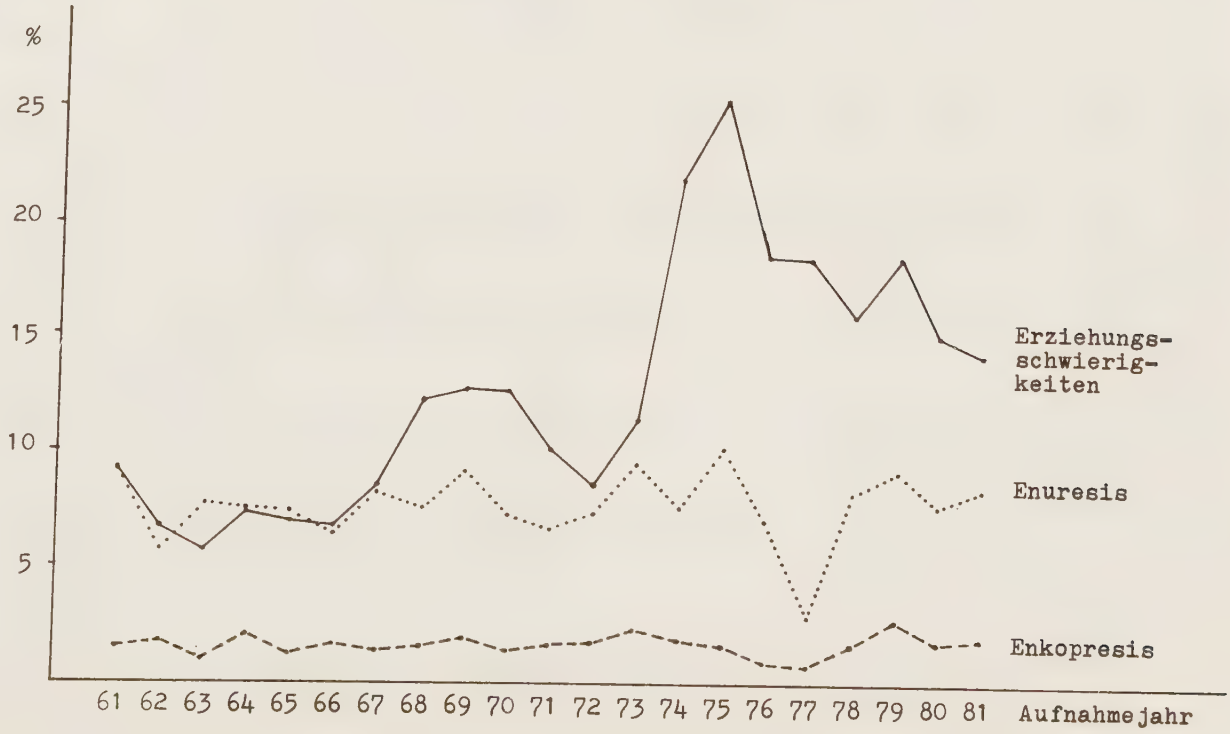
Neben der absoluten Häufigkeitsangabe bestimmter Störungen soll auch der relative (prozentuale) Anteil der angegebenen Einweisungsgründe an der Gesamtzahl der aufgenommenen Patienten aufgelistet werden. Dadurch wird zum einen ersichtlich, wie gewichtig die einzelnen Verhaltensauffälligkeiten sind, zum anderen werden Vergleiche über den gesamten Untersuchungszeitraum möglich, weil dabei die Schwankungen in den Aufnahmezahlen berücksichtigt werden. Es muß jedoch beachtet werden, daß evtl. der prozentuale Anteil bestimmter Störungen zurückgeht, weil andere Schwierigkeiten zunehmen, so daß die relative Änderung allein nicht ganz aussagefähig ist.

Zur Veranschaulichung werden die Tabellen jeweils in den daran anschließenden Abbildungen graphisch dargestellt. Die Ergebnisse sollen am Ende dieses Kapitels zusammengefaßt werden.

Tab. 7: Häufigkeit von Enuresis, Enkopresis und Erziehungsschwierigkeiten bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahmejahr	Enuresis ges.	Enuresis %	Enkopresis ges.	Enkopresis %	Erz.-schwierigk. ges.	Erz.-schwierigk. %
1961	85	9,2	14	1,5	85	9,2
1962	61	5,7	19	1,8	73	6,9
1963	87	7,7	13	1,1	66	5,8
1964	91	7,6	24	2,0	88	7,4
1965	88	7,4	14	1,2	83	7,0
1966	91	6,4	23	1,6	96	6,8
1967	111	8,3	18	1,4	115	8,6
1968	112	7,6	23	1,6	180	12,3
1969	162	9,1	33	1,9	228	12,8
1970	136	7,2	27	1,4	242	12,7
1971	107	6,7	25	1,6	160	10,1
1972	118	7,4	29	1,8	137	8,6
1973	159	9,5	40	2,4	191	11,4
1974	208	7,7	52	1,9	597	22,0
1975	264	10,1	42	1,6	666	25,5
1976	138	7,0	18	0,9	367	18,6
1977	51	2,9	14	0,8	322	18,5
1978	129	8,3	25	1,6	247	16,0
1979	132	9,3	40	2,8	261	18,5
1980	98	7,8	23	1,8	189	15,1
1981	102	8,4	24	2,0	173	14,3

Abb. 4: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Enuresis, Enkopresis und Erziehungsschwierigkeiten (s. Tab. 7)



Der Anteil von Patienten, die wegen Enuresis zur Behandlung kamen, schwankte in den letzten Jahren um den Mittelwert von 7,7%, mit einem Häufigkeitsmaximum von 10,1% im Jahre 1975 und einem Minimum von 2,9% im Jahre 1977. Ein Trend zur eindeutigen Zu- oder Abnahme ist nicht erkennbar.

Auch der Anteil von Patienten mit Enkopresis blieb über die Jahre hinweg relativ konstant bei 1,65%. Insgesamt kommt diesem Problem damit nur eine geringe Bedeutung zu.

Die Zahl der Patienten mit Erziehungsschwierigkeiten hat von 1961 bis 1975 mit einzelnen Schwankungen rapide zugenommen und zwar von einem Minimum mit 5,8% im Jahre 1963 auf 25,5% im Jahre 1975 (Maximum). Danach erfolgte wieder ein leichter Rückgang. Dennoch bestand dieses Problem im Jahre 1981 noch bei 14,3% der Patienten und muß als recht häufig angesehen werden.

Tab. 8: Häufigkeit von Eßschwierigkeiten, Kontaktschwierigkeiten und Kriminalität bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahmejahr	Eßschw. ges.	Eßschw. %	Kontaktschw. ges.	Kontaktschw. %	Kriminalität ges.	Kriminalität %
1961	1	0,1			5	0,5
1962	3	0,3			4	0,4
1963	5	0,4			8	0,7
1964	3	0,3			10	0,8
1965	2	0,2			7	0,6
1966	6	0,4			11	0,8
1967	6	0,5			6	0,5
1968	6	0,4			12	0,8
1969	1	0,1			23	1,3
1970	-	-			13	0,7
1971	3	0,2			14	0,9
1972	3	0,2			26	1,6
1973	4	0,2			26	1,6
1974	-	-			67	2,5
1975	-	-			46	1,8
1976	1	0,1			62	3,1
1977	1	0,1	2	0,1	55	3,2
1978	66	4,3	230	14,9	78	5,0
1979	57	4,0	186	13,2	66	4,7
1980	64	5,1	154	12,3	63	5,0
1981	50	4,1	203	16,8	62	5,1

Die Verhaltensauffälligkeit "Kontaktschwierigkeiten" erscheint erst ab 1977 als eigene Rubrik im Anamnesebogen. In den früheren Jahren wurden diese Probleme unter "sonstige Verhaltensauffälligkeiten" subsummiert.

Abb. 5: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Eßschwierigkeiten, Kontaktschwierigkeiten und Kriminalität (s. Tab. 8)

Der Anteil von Patienten mit Eßschwierigkeiten war bis zum Jahre 1977 relativ unbedeutend, da er unter 0,5% lag. Erstmals im Jahre 1978 wurde dieses Problem bei über 4% der Patienten aktuell und blieb auch in den folgenden Jahren bei einer Häufigkeit von 4 - 5%. Dies entspricht im wesentlichen der Zunahme der Anorexia nervosa.

Die Kontaktschwierigkeiten erscheinen - wie bei Tab. 8 angemerkt - erst seit 1977 als eigenständige Rubrik und dürfen als relativ häufiges Problem angesehen werden. Im Jahre 1981 wurden immerhin 16,8% der Patienten damit aufgenommen (bisheriges Maximum). Aufgrund des kurzen Untersuchungszeitraumes sind Aussagen über Zu- oder Abnahme nicht möglich. Es darf jedoch angenommen werden, daß dieser Einweisungsgrund häufiger wurde, was dann auch zur Aufnahme der entsprechenden Rubrik im Anamnesebogen geführt hat.

Bei der Kriminalität ist eine Steigerung auf das Zehnfache zu beobachten: im Jahre 1961 wurden 0,5% der Patienten mit diesem Problem aufgenommen, seit 1978 sind es ca. 5% und damit ein nicht geringer Anteil am gesamten Patientengut. - Kriminalität bedeutet hier vor allem die Erstellung forensischer Gutachten.

Tab. 9: Häufigkeit von Diebstahl, Aggressionen und motorischer Unruhe bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahme-jahr	Diebstahl ges.	Diebstahl %	Aggressionen ges.	Aggressionen %	motor. Unruhe ges.	motor. Unruhe %
1961	34	3,7	29	3,1	66	7,1
1962	39	3,7	29	2,7	62	5,8
1963	33	2,9	18	1,6	45	4,0
1964	45	3,8	23	1,9	92	7,7
1965	52	4,4	33	2,8	104	8,8
1966	51	3,6	39	2,8	102	7,2
1967	55	4,1	62	4,6	112	8,4
1968	57	3,9	63	4,3	125	8,5
1969	65	3,6	71	4,0	120	6,7
1970	66	3,5	74	3,9	129	6,8
1971	50	3,2	108	6,8	160	10,1
1972	58	3,7	83	5,2	177	11,2
1973	53	3,2	143	8,5	199	11,9
1974	118	4,4	326	12,0	493	18,2
1975	112	4,3	389	14,9	513	19,7
1976	78	4,0	222	11,3	287	14,6
1977	86	4,9	190	10,9	221	12,7
1978	68	4,4	166	10,7	154	10,0
1979	71	5,0	157	11,1	123	8,7
1980	47	3,8	85	6,8	96	7,7
1981	54	4,5	151	12,5	118	9,7

Abb. 6: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Diebstahl, Aggressionen und motorischer Unruhe (s. Tab. 9)

Der Anteil von Patienten, die wegen Diebstahl aufgenommen wurden, schwankte im Untersuchungszeitraum um 4% und blieb damit eher konstant.

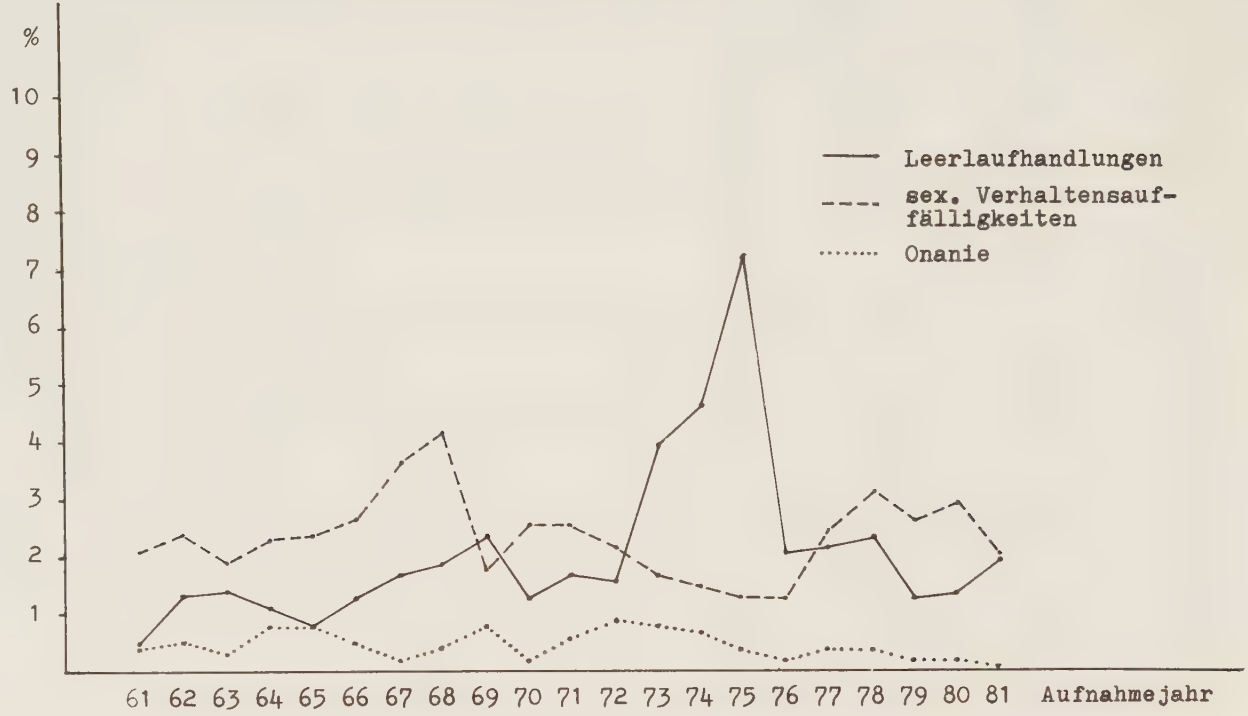
Bei den Aggressionen erfolgte eine stetige Zunahme mit einem Häufigkeitsgipfel von 14,9% im Jahre 1975, gegenüber dem Minimum im Jahre 1963 mit 1,6%. Danach setzte wieder eine rückläufige Tendenz ein, die aber immer noch um 11% schwankte. Ein "Ausreißer" ist im Jahre 1980 zu beobachten, wo Aggressionen nur bei 6,8% der Patienten angegeben wurden. Insgesamt kann man aber von einer Zunahme und einem häufigen Einweisungsgrund sprechen.

Eine starke Zunahme erfolgte auch bei dem Einweisungsgrund motorische Unruhe, mit einem Minimum von 4% im Jahre 1963 auf ein Maximum im Jahre 1975 mit 19,7%, das vor allem ambulant bedingt war. Danach ging das Problem wieder zurück, ist aber immer noch ein häufiger Einweisungsgrund. Im Jahre 1981 betraf es 9,7% der Gesamtpatientenzahl.

Tab. 10: Häufigkeit von sexuellen Verhaltensauffälligkeiten, Onanie und Leerlaufhandlungen bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahmejahr	sexuell ges.	%	Onanie ges.	%	Leerlaufhandl. ges.	%
1961	19	2,1	4	0,4	5	0,5
1962	26	2,4	5	0,5	14	1,3
1963	21	1,9	3	0,3	16	1,4
1964	28	2,3	10	0,8	13	1,1
1965	28	2,4	9	0,8	9	0,8
1966	38	2,7	7	0,5	18	1,3
1967	49	3,7	3	0,2	22	1,7
1968	61	4,2	6	0,4	28	1,9
1969	32	1,8	14	0,8	43	2,4
1970	49	2,6	4	0,2	25	1,3
1971	42	2,6	9	0,6	27	1,7
1972	35	2,2	14	0,9	26	1,6
1973	29	1,7	14	0,8	67	4,0
1974	41	1,5	19	0,7	128	4,7
1975	33	1,3	10	0,4	190	7,3
1976	25	1,3	4	0,2	41	2,1
1977	43	2,5	7	0,4	38	2,2
1978	50	3,2	6	0,4	37	2,4
1979	38	2,7	3	0,2	23	1,3
1980	37	3,0	3	0,2	18	1,4
1981	25	2,1	1	0,1	24	2,0

Abb. 7: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, Onanie und Leerlaufhandlungen (s. Tab. 10)



Die Anzahl der Patienten, die wegen sexuellen Verhaltensauffälligkeiten aufgenommen wurde, schwankte von 1961 bis 1981 zwischen 2% und 4% . Ein Maximum wurde 1968 verzeichnet mit 4,2% , ein Minimum in den Jahren 1975 und 1976 mit 1,3% .

Der Onanie kommt insgesamt eine geringe Bedeutung als Einweisungsgrund zu (Minimum 0,1% , Maximum 0,9%) und ist eher rückläufig.

Die Leerlaufhandlungen nahmen von einem Minimum im Jahre 1961 mit 0,5% bis zum Jahre 1975 auf ein Maximum von 7,3% rapide zu. Danach erfolgte wieder eine Abnahme mit konstant bleibender Häufigkeit um 2%. Dies entspricht der Problematik Ende der Sechziger Jahre. Insgesamt stellen die Leerlaufhandlungen also kein großes Problem dar.

Tab. 11: Häufigkeit von Entwicklungsstörungen, Autismus und psychotischem Verhalten bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahme-	Entw.-störung		Autismus		Psychotisch	
jahr	ges.	%	ges.	%	ges.	%
1961	131	14,2	17	1,8	6	0,7
1962	151	14,2	11	1,0	4	0,4
1963	184	16,2	8	0,7	10	0,9
1964	195	16,3	9	0,8	9	0,8
1965	204	17,2	11	0,9	9	0,8
1966	233	16,5	15	1,1	8	0,6
1967	236	17,7	14	1,1	7	0,5
1968	227	15,5	12	0,8	16	1,1
1969	241	13,5	6	0,3	18	1,0
1970	267	14,0	6	0,3	18	1,0
1971	205	12,9	7	0,4	20	1,3
1972	231	14,6	10	0,6	22	1,4
1973	237	14,1	16	1,0	22	1,3
1974	568	21,0	39	1,4	30	1,1
1975	522	20,0	25	1,0	21	0,8
1976	298	15,1	28	1,4	25	1,3
1977	251	14,4	39	2,2	10	0,6
1978	166	10,7	15	1,0	33	2,1
1979	92	6,5	10	0,7	34	2,4
1980	104	8,3	28	2,2	21	1,7
1981	111	9,2	18	1,5	26	2,2

Abb. 8: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Entwicklungsstörungen, Autismus und psychotischem Verhalten (s. Tab. 11)

Der Anteil von Patienten, die wegen Entwicklungsstörungen aufgenommen wurden, ist seit dem Jahre 1977 eher wieder rückläufig. In den Sechziger Jahren bestanden solche Störungen bei ca. 14% - 17% der Patienten, 1974 sogar bei 21% . In den letzten Jahren liegt der Anteil zwischen 7% und 10% und stellt damit immer noch ein großes Problem dar.

Der Autismus blieb im Untersuchungszeitraum relativ konstant bei einer Häufigkeit von 1% mit leichten Schwankungen. Das Minimum lag in den Jahren 1969 und 1970 bei 0,3% , das Maximum in den Jahren 1977 und 1980 bei 2,2% .

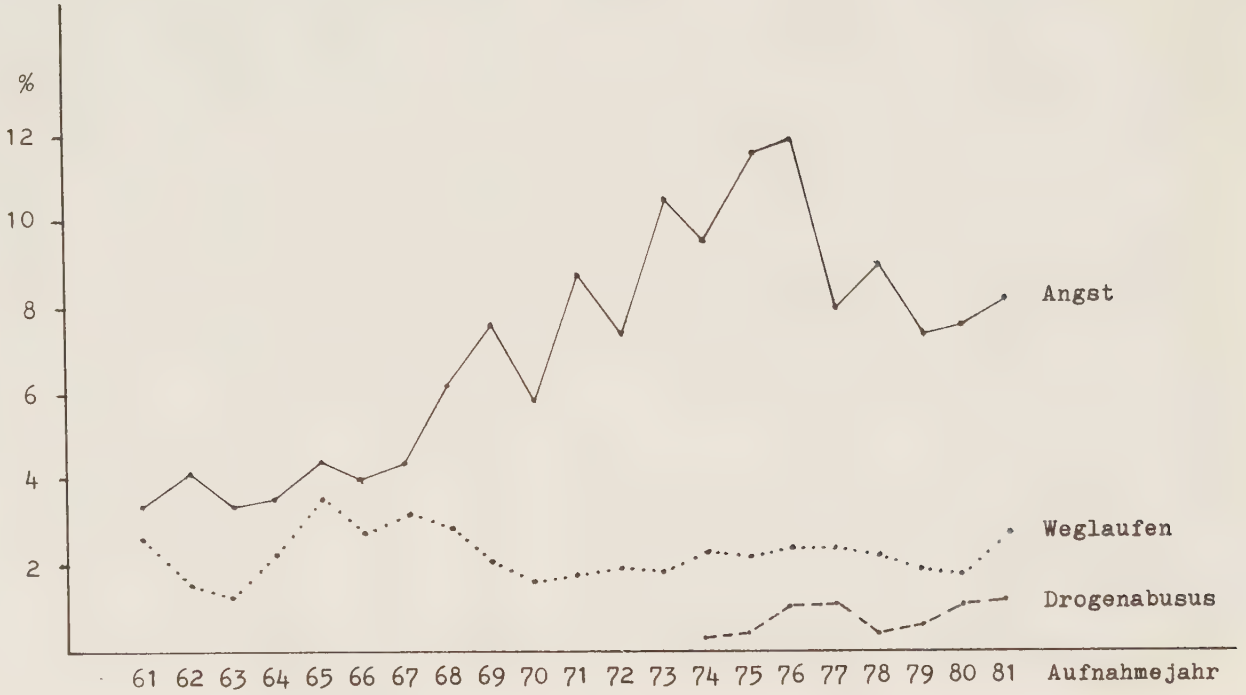
Bei den psychotischen Verhaltensstörungen ist seit 1978 eine leichte Zunahme zu verzeichnen, mit Werten um 2%. In den Sechziger Jahren lag die Häufigkeit noch unter 1%. Absolut gesehen haben die Psychosen jedoch stark zugenommen.

Tab. 12: Häufigkeit von Drogenabusus, Weglaufen und Angst bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahme-jahr	Drogen ges.	Drogen %	Weglaufen ges.	Weglaufen %	Angst ges.	Angst %
1961			25	2,7	31	3,4
1962			17	1,6	45	4,2
1963			15	1,3	38	3,4
1964			28	2,3	43	3,6
1965			42	3,6	53	4,5
1966			40	2,8	58	4,1
1967			43	3,2	59	4,4
1968			42	2,9	91	6,2
1969			38	2,1	138	7,7
1970			31	1,6	112	5,9
1971			28	1,8	139	8,8
1972			32	2,0	117	7,4
1973			31	1,9	177	10,6
1974	8	0,3	61	2,3	261	9,6
1975	11	0,4	58	2,2	306	11,7
1976	19	1,0	48	2,4	237	12,0
1977	19	1,1	41	2,4	142	8,1
1978	6	0,4	35	2,3	141	9,1
1979	8	0,6	27	1,9	106	7,5
1980	13	1,0	23	1,8	96	7,7
1981	15	1,2	33	2,7	100	8,3

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wurde das Drogenproblem erst ab dem Jahre 1974 gesondert erfaßt.
Die Rubrik "Angst" wurde bis 1973 als "Angstzustände - Zwänge" geführt, worunter außerdem noch die Patienten mit Suizidversuch, Wesensänderung und Depressionen subsummiert wurden. Seit 1974 gibt es für jede dieser Störungen eine eigene Rubrik.

Abb. 9: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Drogenabusus, Weglaufen und Angst (s. Tab. 12)



Die Zahl der Patienten, die wegen Drogenabusus aufgenommen wurde, hat zugenommen. Vor dem Jahre 1974 wurde das Problem nicht gesondert erfaßt. Danach schwankte die Häufigkeit um 1%, mit einem Maximum im Jahre 1981 von 1,2%.

Das Weglaufen des Patienten als Einweisungsgrund schwankte im Untersuchungszeitraum zwischen 2% und 3%. Das Minimum lag im Jahre 1963 bei 1,3%, das Maximum im Jahre 1965 bei 3,6%.

Da bis 1973 unter die Rubrik Angst auch noch andere Einweisungsgründe subsummiert wurden, kann man ganz eindeutig von einer Zunahme des Problems nach 1974 sprechen. Bei ca. 8% der Patienten wird in den letzten Jahren Angst als Einweisungsgrund angegeben; im Jahre 1976 sogar bei 12% (bisheriges Maximum).

Tab. 13: Häufigkeit von Zwang, Suizidversuch und Wesensänderung bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahme-jahr	Zwang ges.	Zwang %	Suizidvers. ges.	Suizidvers. %	Wesensänderung ges.	Wesensänderung %
1974	26	1,0	34	1,3	119	4,4
1975	16	0,6	36	1,4	92	3,5
1976	22	1,1	32	1,6	71	3,6
1977	24	1,4	42	2,4	36	2,1
1978	21	1,4	34	2,2	32	2,1
1979	23	1,6	46	3,3	33	2,3
1980	24	1,9	30	2,4	28	2,2
1981	24	2,0	39	3,2	27	2,2

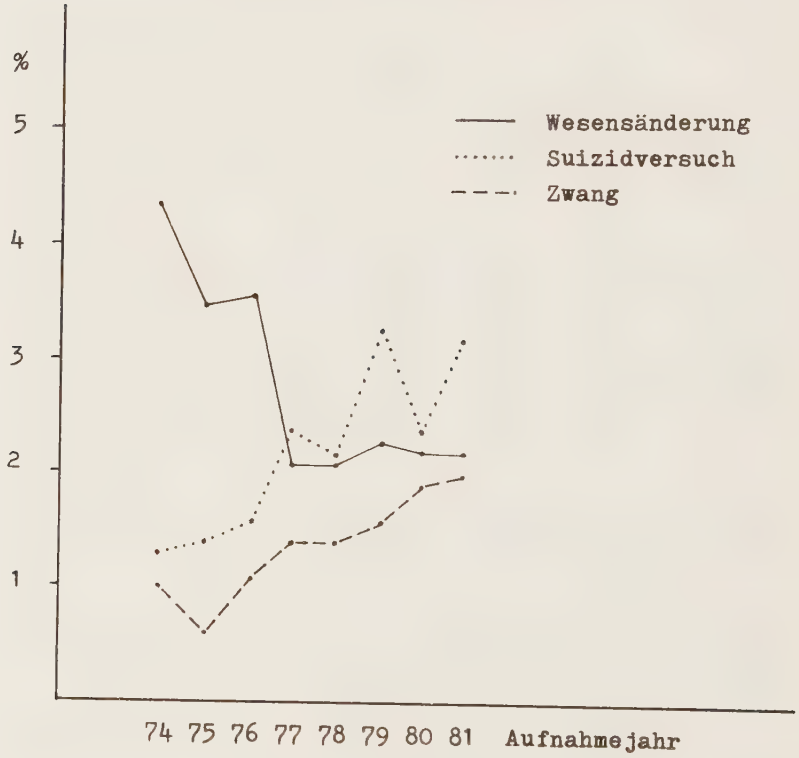
Alle drei Einweisungsgründe wurden bis zum Jahre 1973 unter der Rubrik "Angst" (s. Tab. 12) aufgenommen. Erst ab 1974 wurden sie differenzierter erfaßt.

Die Zahl der Patienten, die wegen Zwang zur Einweisung kommt, hat in den letzten Jahren auf ca. 2% zugenommen. Das Minimum lag im Jahre 1975 bei 0,6%.

Auch beim Suizidversuch ist eine Zunahme von 1,3% im Jahre 1974 auf ca. 3% zu verzeichnen.

Die Anzahl der Patienten, die wegen Wesensänderung aufgenommen wurden, war rückläufig von 4,4% im Jahre 1974 auf ca. 2,2% seit dem Jahre 1977.

Abb. 10: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Zwang, Suizidversuch und Wesensänderung (s. Tab. 13)



Tab. 14: Häufigkeit von Depressionen, Problemen im Sorge- und Verkehrsrecht bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

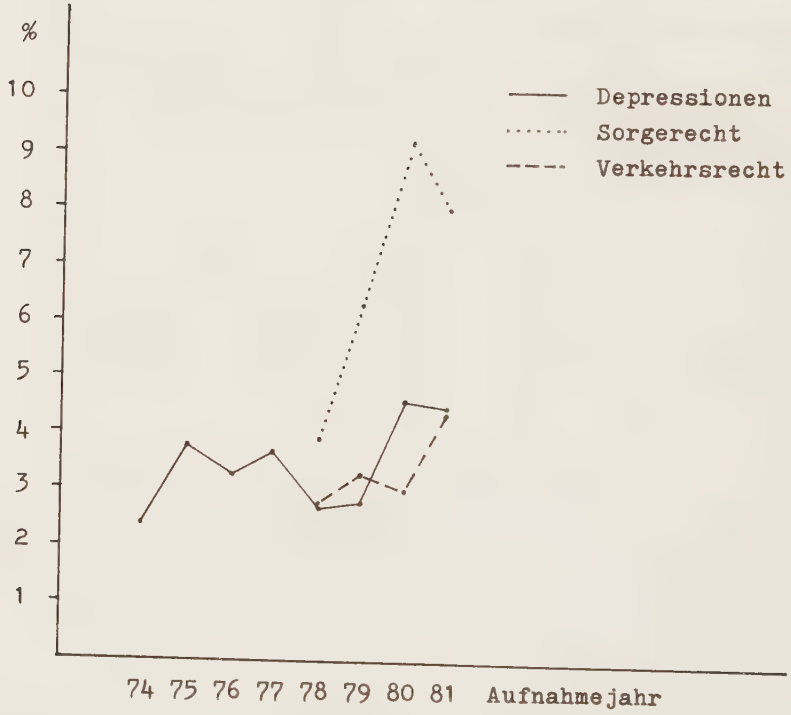
Aufnahmejahr	Depressionen ges.	%	Sorgerecht ges.	%	Verkehrsrecht ges.	%
1974	64	2,4				
1975	100	3,8				
1976	64	3,3				
1977	65	3,7				
1978	41	2,7	61	3,9	43	2,8
1979	40	2,8	89	6,3	46	3,3
1980	57	4,6	115	9,2	38	3,0
1981	55	4,5	97	8,0	53	4,4

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, werden die Probleme im Verkehrs- und Sorgerecht erst ab 1978 erfaßt. Der Einweisungsgrund "Depressionen" dagegen, wurde bis zum Jahre 1973 unter der Rubrik "Angst" (s. Tab. 12) aufgenommen. Ab 1974 erfolgte die weitere Differenzierung.

Die Anzahl der Patienten, die wegen Depressionen aufgenommen wird, hat mit Schwankungen von 1974 mit 2,4% auf ca. 4,5% in den Jahren 1980 und 1981 zugenommen.

Beim Sorgerecht ist eine Zunahme zu verzeichnen auf ca. 8 - 9% in den Jahren 1980 und 1981. - Die Probleme im Verkehrsrecht schwankten zwischen 2,8% und 4,4%. Ein eindeutiger Trend ist aufgrund des kurzen Untersuchungszeitraumes nicht feststellbar.

Abb. 11: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Depressionen, Probleme im Sorge- und Verkehrsrecht (s. Tab. 14)

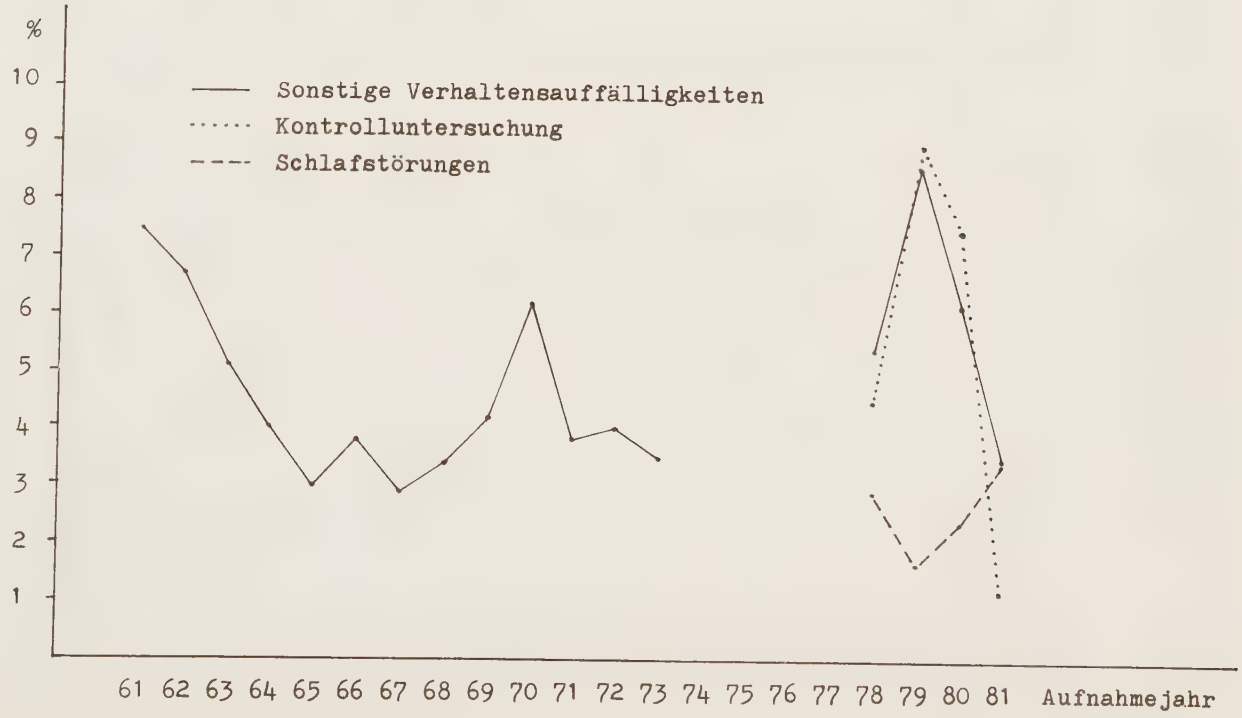


Tab. 15: Häufigkeit von Schlafstörungen, Kontrolluntersuchungen und sonstigen Verhaltensauffälligkeiten bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahmejahr	Schlafst. ges.	Schlafst. %	Kontrollunters. ges.	Kontrollunters. %	Sonstige V. ges.	Sonstige V. %
1961					69	7,5
1962					71	6,7
1963					58	5,1
1964					48	4,0
1965					36	3,0
1966					54	3,8
1967					39	2,9
1968					50	3,4
1969					74	4,2
1970					118	6,2
1971					60	3,8
1972					63	4,0
1973					59	3,5
1974						
1975						
1976						
1977						
1978	45	2,9	69	4,5	83	5,4
1979	24	1,7	127	9,0	121	8,6
1980	30	2,4	94	7,5	77	6,2
1981	41	3,4	15	1,2	42	3,5

Wie aus der Tabelle hervorgeht, sind Schlafstörungen und Kontrolluntersuchungen seit 1978 neue Einweisungsgründe.

Abb. 12: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Schlafstörungen, Kontrolluntersuchungen und sonstigen Verhaltensauffälligkeiten (s. Tab. 15)



Da die Schlafstörungen erst seit 1978 als eigenständige Rubrik erfaßt werden, ist es schwierig eine Aussage darüber zu machen, ob die Anzahl der Patienten, die darunter leidet, zu- oder abgenommen hat. Die Häufigkeit lag in den letzten vier Jahren zwischen 1,7% und 3,4%.

Dasselbe gilt für die Rubrik Kontrolluntersuchungen. Auch hierfür kann lediglich angegeben werden, daß die Häufigkeit zwischen 1,2% und 9% in den Jahren von 1978 bis 1981 schwankte. Tendenzen sind aufgrund des kurzen Untersuchungszeitraumes schlecht erkennbar.

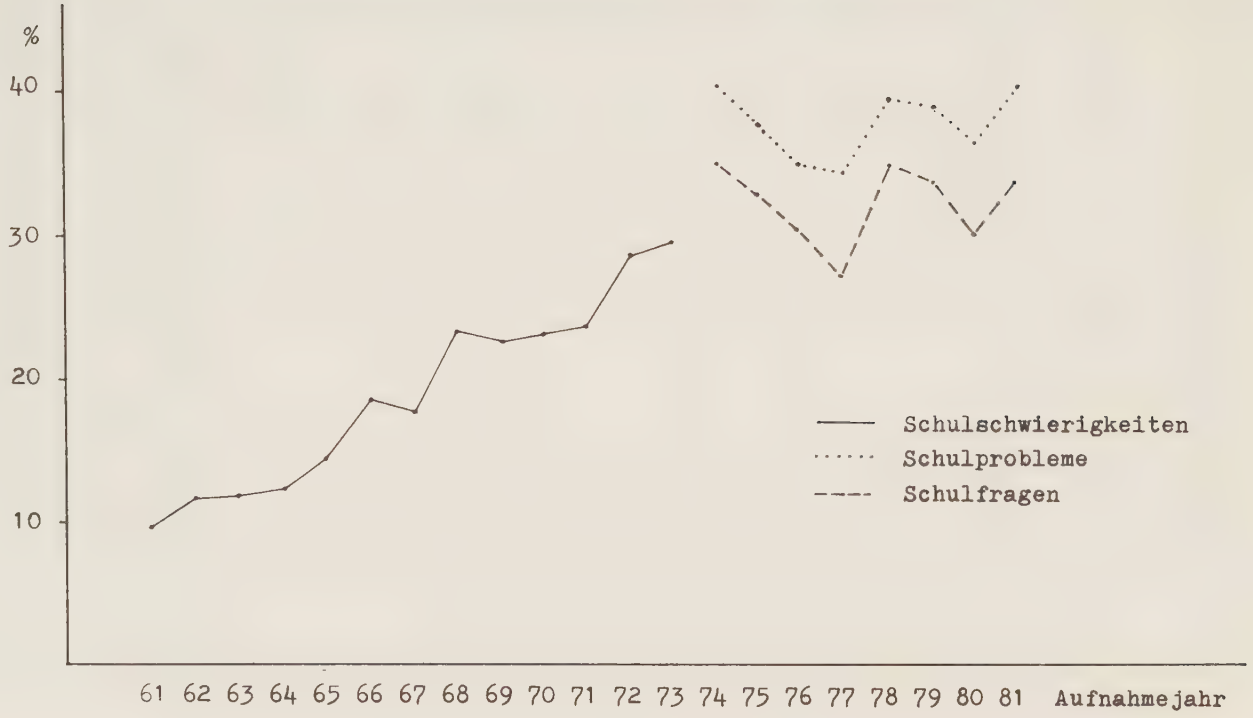
Auch die Sparte Sonstige Verhaltensauffälligkeiten ist schlecht zu beurteilen, da darunter verschiedene Störungen subsummiert wurden, die im Laufe der Jahre immer weiter differenziert und dann als eigenständiges Problem in der Anamnese erfragt wurden. Außerdem liegen für die Jahre von 1974 bis 1977 gar keine Angaben vor.

Tab. 16: Häufigkeit von Schulschwierigkeiten, Schulproblemen (vor allem in der Normalschule) und Schulfragen (Schulverhalten und -versagen) bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahmejahr	Schulschw. ges.	Schulschw. %	Schulprobleme ges.	Schulprobleme %	Schulfragen ges.	Schulfragen %
1961	89	9,6				
1962	119	11,6				
1963	127	11,8				
1964	152	12,7				
1965	171	14,4				
1966	263	18,6				
1967	239	17,9				
1968	346	23,5				
1969	407	22,8				
1970	441	23,2				
1971	380	23,9				
1972	457	28,8				
1973	498	29,7				
1974			1103	40,7	954	35,2
1975			993	38,0	862	33,0
1976			697	35,3	604	30,6
1977			605	34,7	477	27,4
1978			618	39,9	545	35,2
1979			556	39,3	480	34,0
1980			462	36,9	381	30,5
1981			496	40,9	414	34,2

Von 1961 bis 1973 wurde in der Anamnese nur allgemein nach Schulschwierigkeiten gefragt; seit 1974 werden diese differenziert in Schulprobleme und Schulfragen.- Insgesamt läßt sich eine enorme Zunahme dieser Probleme feststellen, die inzwischen bei jedem dritten Kind bestehen und damit zum häufigsten Einweisungsgrund zähle

Abb. 13: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Schulschwierigkeiten, Schulprobleme und Schulfragen (s. Tab. 16)



Tab. 17: Häufigkeit von Anfällen, Kopfschmerzen und Lähmungen bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahme-jahr	Anfälle ges.	%	Kopfschmerzen ges.	%	Lähmungen ges.	%
1961	198	21,4	71	7,7	104	11,2
1962	283	26,6	80	7,5	105	9,9
1963	268	23,6	92	8,1	93	8,2
1964	357	29,9	86	7,2	62	5,2
1965	270	22,8	92	7,8	90	7,6
1966	279	19,7	101	7,1	88	6,2
1967	256	19,2	87	6,5	68	5,1
1968	261	17,8	70	4,8	42	2,9
1969	324	18,2	85	4,8	48	2,7
1970	286	15,0	74	3,9	43	2,3
1971	181	11,4	75	4,7	33	2,1
1972	111	7,0	55	3,5	22	1,4
1973	95	5,7	76	4,5	15	0,9
1974	555	20,5	160	5,9	132	4,9
1975	476	18,2	114	4,4	57	2,1
1976	281	14,2	66	3,4	39	2,0
1977	235	13,5	52	3,0	20	1,1
1978	213	13,8	55	3,6	15	1,0
1979	164	11,6	38	2,7	19	1,3
1980	138	11,0	23	1,8	18	1,4
1981	151	12,5	40	3,3	24	2,0

Bei den Anfällen wird seit 1974 nach Anfallstyp differenziert, wobei pro Kind mehrere Anfallsarten auftreten können. Da dies in den Jahren vorher nicht unterschieden wurde, mußte eine Zusammenfassung erfolgen um die Daten vergleichen zu können. Es wurde daher von der Gesamtpatientenzahl pro Jahrgang die Zahl der anfallslosen Patienten abgezogen - es verbleiben die Patienten mit Anfällen (s. Tabelle).

Abb. 14: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Anfälle, Kopfschmerzen und Lähmungen (s. Tab. 17)

Die Anzahl der Patienten, die wegen Anfällen aufgenommen wird, hat bis zum Jahre 1973 auf ein Minimum von 5,7% stark abgenommen. Danach erfolgte ein kurzer Anstieg auf 20,5% (1974) mit daran anschließendem erneuten Rückgang des Problems. Insgesamt kann man sagen, daß Anfallsleiden heute als Einweisungsgrund seltener geworden sind, wenn man berücksichtigt, daß Anfang der Sechziger Jahre noch ca. 25% der Patienten deswegen eingewiesen wurden, heute dagegen nur noch ca. 12%.

Bei der Zahl der Patienten, die unter Kopfschmerzen leidet, ist ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen von 7% - 8% Anfang der Sechziger Jahre auf 2% - 3% in den letzten Jahren.

Patienten mit Lähmungen wurden auch immer seltener aufgenommen. Im Jahre 1961 hatten noch 11,2% der Patienten Lähmungen, seit 1975 ist dies nur noch bei ca. 1% - 2% der Fall.

Tab. 18: Häufigkeit von Bewegungsstörungen, Tic und Hirnnervenausfällen bei der Gesamtpatientenzahl (absolut und relativ)

Aufnahmejahr	Bewegungsstörung ges.	%	Tic ges.	%	Hirnnervenausfälle ges.	%
1961	58	6,3			105	11,3
1962	71	6,7			116	10,9
1963	68	6,0			121	10,7
1964	50	4,2			114	9,5
1965	70	5,9			141	11,9
1966	79	5,6			143	10,1
1967	72	5,4			158	11,8
1968	58	4,0			180	12,3
1969	63	3,5			222	12,4
1970	48	2,5			253	13,3
1971	47	3,0			204	12,8
1972	58	3,7			250	15,8
1973	64	3,8			274	16,3
1974	185	6,8	61	2,3	513	18,9
1975	131	5,0	61	2,3	473	18,1
1976	79	4,0	30	1,5	225	11,4
1977	80	4,6	27	1,6	214	12,3
1978	96	6,2	30	1,9	223	14,4
1979	104	7,4	26	1,8	195	13,8
1980	102	8,2	36	2,9	178	14,2
1981	132	10,9	26	2,2	241	19,9

Bis zum Jahre 1973 wurden "Tics" unter der Rubrik "Bewegungsstörungen" erfaßt, erst ab 1974 erfolgte die Differenzierung,

Abb. 15: Relativer Anteil von Patienten mit den Einweisungsgründen: Bewegungsstörungen, Tic und Hirnnervenausfälle (s. Tab. 18)

Die Anzahl der Patienten, die wegen Bewegungsstörungen aufgenommen wurde, hat bis zum Jahre 1970 auf 2,5% abgenommen; danach erfolgte wieder eine Zunahme mit einzelnen Schwankungen. Im Jahre 1981 wurde das Maximum mit 10,9% erreicht. Man könnte also eher von einer Zunahme der Patienten mit Bewegungsstörungen ausgehen.

Der Einweisungsgrund Tic schwankte in seiner Häufigkeit um 2%.

Die Anzahl der Patienten mit Hirnnervenausfällen hat bis zum Jahre 1974 zugenommen, danach erfolgte eine Abnahme. Seit 1977 nehmen Hirnnervenausfälle als Einweisungsgrund wieder zu. Das Maximum wurde im Jahre 1981 erreicht mit einer Häufigkeit von 19,9%.

3.4.1. Zusammenfassung

Wie aus dem empirischen Teil anschaulich hervorgeht, ergeben sich im Hinblick auf die Einweisungsgründe viele Veränderungen im Laufe des untersuchten Zeitraumes von 1961 bis 1981.

So kamen z.B. zunehmend mehr Patienten zur Behandlung mit Erziehungs-, Eß- und Kontaktschwierigkeiten, Kriminalität, Aggressionen, motorischer Unruhe, psychotischem Verhalten, Drogenabusus, Angst, Zwang, Suizidversuch, Depressionen, Sorgerechtsfragen, Schulschwierigkeiten (Schulprobleme und -fragen), Bewegungsstörungen und Hirnnervenausfällen (bes. Sprachstörungen).

Eine Abnahme ist zu verzeichnen bei Patienten mit folgenden Einweisungsgründen: Onanie, Entwicklungs-

störungen, Wesensänderungen, Anfälle, Kopfschmerzen, Lähmungen.

Relativ konstant geblieben in ihrer Häufigkeit - abgesehen von geringfügigen Schwankungen - ist die Anzahl von Patienten mit Enkopresis, Diebstahl, sexuellen Verhaltensauffälligkeiten, Autismus, Weglaufen und Tic.

Starke Schwankungen in der Häufigkeit lagen vor bei Enuresis und Leerlaufhandlungen. Zu den Rubriken Schlafstörungen, Kontrolluntersuchung und Probleme im Verkehrsrecht konnten ebenfalls keine eindeutigen Aussagen gemacht werden, da sie erst seit dem Jahre 1978 im Anamnesebogen erfaßt werden. Die Sparte Sonstige Verhaltensauffälligkeiten erwies sich für eine Interpretation ungeeignet.

Im Rahmen dieser Untersuchung ist es sehr schwierig, die Veränderungen zu erklären, da nicht erfaßt werden kann, ob z.B. bestimmte Verhaltensstörungen tatsächlich abgenommen haben oder ob sie einfach an anderer Stelle behandelt werden. So könnte die Abnahme der Einweisungsgründe Entwicklungsstörungen, Anfälle, Kopfschmerzen und Lähmungen auch dadurch zustande kommen, daß eben diese Patienten heute vermehrt von Kinderärzten bzw. in der Kinderneurologie behandelt werden. Speziell in Tübingen besteht seit 1971 in der Kinderklinik eine Anfallsambulanz, die von einer ehemaligen Ärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen wurde. Es liegt auf der Hand, daß damit ein Patientenstamm die Klinik wechselte.

Die Zunahme des Drogenproblems kann mit der Aktualität erklärt werden. Insgesamt besitzt es aber in Tübingen keinen hohen Stellenwert, so daß Vergleiche mit anderen Kliniken hier sehr interessant wären.

Die Zunahme bei Fragen des Sorgerechts - einer neuen Aufgabe der Kinderpsychiatrie - spiegelt die Tatsache wieder, daß sich die Zahl der Ehescheidungen in den letzten fünfzehn Jahren um 137% erhöht hat (DOORMANN, 1979, S. 20).

Die größte Bedeutung hatten bei den Einweisungsgründen im Jahre 1981:

1. Schulprobleme (40,9%)
2. Schulfragen (34,2%)
3. Hirnnervenausfälle (19,9%)
4. Kontaktschwierigkeiten (16,8%)
5. Erziehungsschwierigkeiten (14,3%)
6. Anfälle (12,5%)
7. Aggressionen (12,5%)
8. Bewegungsstörungen (10,9%)
9. motorische Unruhe (9,7%)
10. Entwicklungsstörungen (9,2%)
11. Enuresis (8,4%)
12. Angst (8,3%)
13. Sorgerechtsfragen (8,0%)
14. Kriminalität (5,1%)

Die übrigen Einweisungsgründe bestanden nur bei weniger als 5% der Gesamtpatientenzahl.

Im Jahre 1961 sah die Rangskala der häufigsten Einweisungsgründe (über 5%) folgendermaßen aus:

1. Anfälle (21,4%)
2. Entwicklungsstörungen (14,2%)
3. Hirnnervenausfälle (11,3%)
4. Lähmungen (11,2%)
5. Schulschwierigkeiten (9,6%)
6. Enuresis (9,2%)
7. Erziehungsschwierigkeiten (9,2%)
8. Kopfschmerzen (7,7%)
9. motorische Unruhe (7,1%)
10. Bewegungsstörungen (6,3%)

Damit ergibt sich in den letzten Jahren eine Zunahme von mehr psychiatrischen, psychologischen und pädagogischen Problemen und eine Abnahme der mehr neurologisch-organischen Störungen. Das Hauptproblem stellen heute die bei jedem dritten Kind bestehenden Schulschwierigkeiten dar.

Die Zunahme dieser Probleme wird auch in der Literatur beschrieben: "Schulversagen, Konzentrationsstörungen, Bewegungsunruhe, Apathie, Ängste und psychosomatische Erkrankungen werden häufiger diagnostiziert." Es gibt inzwischen "... alarmierende Zahlen über die Zunahme von Drogen- und Alkoholkonsum, über Selbstmordneigung, Aggressivität und Delinquenz." - Man könnte sich fragen: "Sind Kinder und Jugendliche weniger leistungsfähig und belastbar als früher? Oder reagieren sie im Grunde gesund auf wenig kindgemäße Lebensbedingungen, Isolation in der Kleinfamilie, Zerstörung nachbarschaftlicher sozialer Beziehungen, phantasietötende Asphalt- und Betonsilos als natürliche Umgebung?" (FINZEN/ KRUSE/PLOG, 1981, S. 16).

3.5. Diagnosen

In der Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Untersuchungsbogen 27 verschiedene Diagnosen unterschieden, wobei jeder Patient auch mehrere Diagnosen erhalten kann. So sind z.B. Teilleistungsschwächen häufig vergesellschaftet mit frühkindlichen Hirnschädigungen oder Schwachsinn mit Konstitutionsanomalien usw. Die Diagnosen sind im Untersuchungszeitraum nicht verändert worden. Es ist lediglich im Jahre 1974 die Diagnose "Teilleistungsschwächen" ergänzt worden, die vorher nicht differenziert erfaßt wurde.

Damit ergibt sich folgender Diagnosenschlüssel, dessen Reihenfolge datengeschichtlich begründet ist:

- Kein sicherer pathologischer Befund auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet
- Degenerative Erkrankung
- Kindliche Neurosen
- Psychosen
- Frühkindliche Hirnschädigung
- Encephalitis (nicht Zustand nach Encephalitis)
- Periphere Nervenschädigungen und spinale Erkrankungen
- Schwachsinn
- Extrapyramidale Störung
- Nicht cerebral-organische Anfälle
- Endokrine Störungen, vegetative Störungen
- Vorwiegend milieureaktive Verhaltensstörungen
- Pubertätskrisen und Reifungsstörungen
- Cerebrale Kinderlähmung (LITTLE)
- Zustand nach Encephalitis (außer Frühkindliche Hirnschädigung)
- Parainfektiöse Paresen und Polyneuritis
- Lernstörungen und Schulschwierigkeiten durch Überforderung

- Zustand nach Schädeltraumen (Contusio, Commotio ohne Frühkindliche Hirnschädigung und Zustand nach Encephalitis
- Konstitutionsanomalien, Mißbildungen (Chromosomopathien)
- Enuresis, Enkopresis
- Zwangsneurosen
- Epilepsie, Narkolepsie
- Chronisch entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems, Periencephalitis
- Myopathie
- Sprachstörungen
- Hirntumoren
- Teilleistungsschwäche

Im folgenden Teil soll der absolute und prozentuale Anteil der Patienten an den verschiedenen Diagnosen dargestellt werden und zwar jeweils auch getrennt nach Aufnahmemodus. In einem Diagramm sollen die Veränderungen wieder graphisch veranschaulicht werden. Die Ergebnisse werden am Ende dieses Kapitels zusammengefaßt.

Tab. 19: Häufigkeit der Diagnose: Kein sicherer pathologischer Befund

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	25	1	-	26	2,8
1962	38	3	-	41	3,9
1963	43	-	-	43	3,8
1964	35	1	1	37	3,1
1965	20	2	1	23	1,9
1966	55	2	-	57	4,0
1967	64	5	1	70	5,2
1968	75	4	-	79	5,4
1969	85	5	-	90	5,0
1970	89	4	-	93	4,9
1971	85	5	-	90	5,7
1972	80	1	1	82	5,2
1973	83	1	-	84	5,0
1974	77	3	-	80	3,0
1975	93	4	-	97	3,7
1976	87	5	-	92	4,7
1977	105	1	-	106	6,1
1978	142	1	1	144	9,3
1979	143	-	2	145	10,3
1980	137	-	2	139	11,1
1981	95	1	1	97	8,0

Der Anteil von Patienten, bei denen kein sicherer pathologischer Befund auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet erhoben werden konnte, schwankte stark im Untersuchungszeitraum, ist aber insgesamt eher angestiegen, was vor allem durch die Zunahme der Scheidungsgutachten bedingt ist.

Tab. 20: Häufigkeit der Diagnose: Degenerative Erkrankung

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	11	5	11	27	2,9
1962	8	1	4	13	1,2
1963	8	1	8	17	1,5
1964	8	2	8	18	1,5
1965	8	5	10	23	1,9
1966	5	6	8	19	1,3
1967	3	2	5	10	0,8
1968	6	3	6	15	1,0
1969	5	-	11	16	0,9
1970	8	4	10	22	1,2
1971	4	4	4	12	0,8
1972	3	6	4	13	0,8
1973	3	4	5	12	0,7
1974	22	7	-	29	1,1
1975	17	-	-	17	0,7
1976	7	-	-	7	0,4
1977	5	-	-	5	0,3
1978	2	1	-	3	0,2
1979	3	-	-	3	0,2
1980	3	-	-	3	0,2
1981	4	-	-	4	0,3

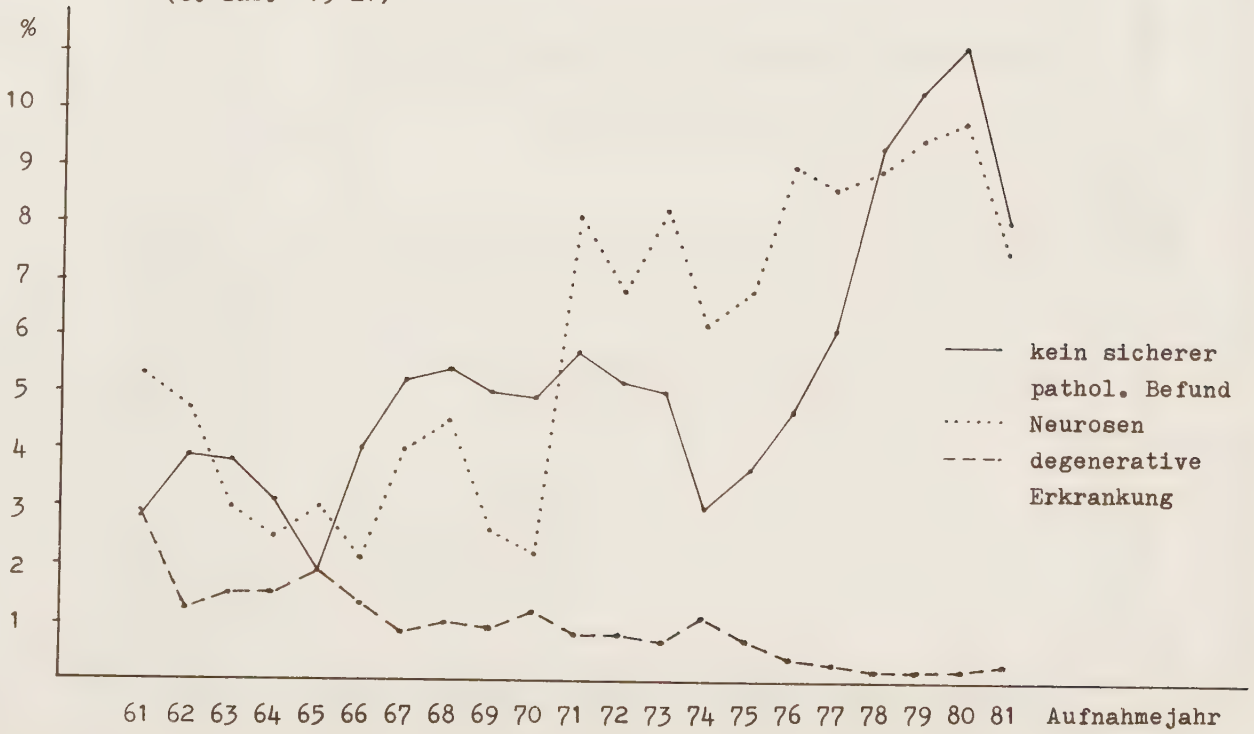
Die degenerativen Erkrankungen sind in den letzten Jahren von fast 3% im Jahre 1961 auf einen Anteil von 0,2-0,3% zurückgegangen und somit eine seltene Diagnose geworden.

Tab. 21: Häufigkeit der Diagnose: Kindliche Neurosen

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	18	16	15	49	5,3
1962	31	5	14	50	4,7
1963	10	10	14	34	3,0
1964	12	12	6	30	2,5
1965	13	16	7	36	3,0
1966	9	12	8	29	2,1
1967	15	21	18	54	4,0
1968	26	21	19	66	4,5
1969	19	8	20	47	2,6
1970	16	11	14	41	2,2
1971	108	9	11	128	8,1
1972	87	10	11	108	6,8
1973	102	22	14	138	8,2
1974	133	35	-	168	6,2
1975	136	42	-	178	6,8
1976	134	43	-	177	9,0
1977	131	19	-	150	8,6
1978	113	23	2	138	8,9
1979	121	11	2	134	9,5
1980	107	13	2	122	9,8
1981	84	5	2	91	7,5

Die kindlichen Neurosen haben mit starken Schwankungen insgesamt eher zugenommen, so daß sie heute bei ca. 8% der Patienten diagnostiziert werden. Das Maximum lag im Jahre 1980 bei 9,8%, das Minimum im Jahre 1966 bei 2,1%.

Abb. 16: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Kein sicherer pathologischer Befund, degenerative Erkrankung, kindliche Neurosen (s. Tab. 19-21)



Tab. 22: Häufigkeit der Diagnose: Psychosen

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	2	4	6	12	1,3
1962	2	2	6	10	0,9
1963	-	5	10	15	1,3
1964	3	4	9	16	1,3
1965	4	8	7	19	1,6
1966	6	6	11	23	1,6
1967	10	9	8	27	2,0
1968	5	4	13	22	1,5
1969	6	7	15	28	1,6
1970	9	6	13	28	1,5
1971	7	3	8	18	1,1
1972	13	6	6	25	1,6
1973	11	9	8	28	1,7
1974	28	11	-	39	1,4
1975	29	7	-	36	1,4
1976	22	8	-	30	1,5
1977	27	2	-	29	1,7
1978	33	10	-	43	2,8
1979	33	7	1	41	2,9
1980	31	4	-	35	2,8
1981	50	3	-	53	4,4

Der Anteil von Patienten mit der Diagnose Psychosen ist in den letzten Jahren stetig angestiegen und liegt im Jahre 1981 bei 4,4% gegenüber ca. 1% Anfang der Sechziger Jahre.

Tab. 23: Häufigkeit der Diagnose: Frühkindliche Hirnschädigung

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	128	67	129	324	35,0
1962	189	34	127	350	32,8
1963	133	34	109	276	24,3
1964	127	40	106	273	22,8
1965	169	47	91	307	26,0
1966	231	53	85	369	26,1
1967	190	64	89	343	25,7
1968	287	46	83	416	28,3
1969	316	34	91	441	24,7
1970	436	42	64	542	28,5
1971	458	27	27	512	32,2
1972	587	41	38	666	42,0
1973	511	45	40	596	35,5
1974	842	94	-	936	34,5
1975	755	61	-	816	31,3
1976	426	59	-	485	24,6
1977	304	32	-	336	19,3
1978	322	29	-	351	22,7
1979	247	15	1	263	18,6
1980	236	8	2	246	19,7
1981	310	3	1	314	25,9

Die Frühkindliche Hirnschädigung war schon immer eine sehr häufige Diagnose. Im Jahre 1961 wurde sie bei 35% der Patienten gestellt, 1972 sogar bei 42% (bisheriges Maximum). Danach erfolgte ein Rückgang auf 20-25% in den letzten Jahren.

Abb. 17: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Psychosen, frühkindliche Hirnschädigung (s. Tab. 22 u. 23)

Tab. 24: Häufigkeit der Diagnose: Enzephalitis

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	1	1	4	6	0,7
1962	3	1	3	7	0,7
1963	2	3	5	10	0,9
1964	3	3	-	6	0,5
1965	1	4	3	8	0,7
1966	2	4	5	11	0,8
1967	1	2	5	8	0,6
1968	2	-	2	4	0,3
1969	1	-	-	1	0,1
1970	1	-	1	2	0,1
1971	2	1	-	3	0,2
1972	3	2	4	9	0,6
1973	2	4	2	8	0,5
1974	11	5	-	16	0,6
1975	3	1	-	4	0,2
1976	2	-	-	2	0,1
1977	4	1	-	5	0,3
1978	1	-	-	1	0,1
1979	-	-	1	1	0,1
1980	1	-	-	1	0,1
1981	1	-	-	1	0,1

Der Anteil von Patienten mit der Diagnose Encephalitis zeigt im Untersuchungszeitraum eher rückläufige Tendenz. Insgesamt waren nie mehr als 1% der Patienten betroffen, in den letzten Jahren sogar nur noch 0,1%.

Tab. 25: Häufigkeit der Diagnose: Periphere Nervenschädigungen u. spinale Erkrankungen

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	51	2	9	67	6,7
1962	58	1	5	64	6,0
1963	35	1	8	44	3,9
1964	22	4	7	33	2,8
1965	27	8	8	43	3,6
1966	20	5	5	30	2,1
1967	10	2	2	14	1,1
1968	9	1	4	14	1,0
1969	13	3	5	21	1,2
1970	6	-	7	13	0,7
1971	5	1	1	7	0,4
1972	7	-	-	7	0,4
1973	2	-	1	3	0,2
1974	6	2	-	8	0,3
1975	13	-	-	13	0,5
1976	9	1	-	10	0,5
1977	7	-	-	7	0,4
1978	3	-	-	3	0,2
1979	5	-	-	5	0,4
1980	2	-	-	2	0,2
1981	-	-	-	-	-

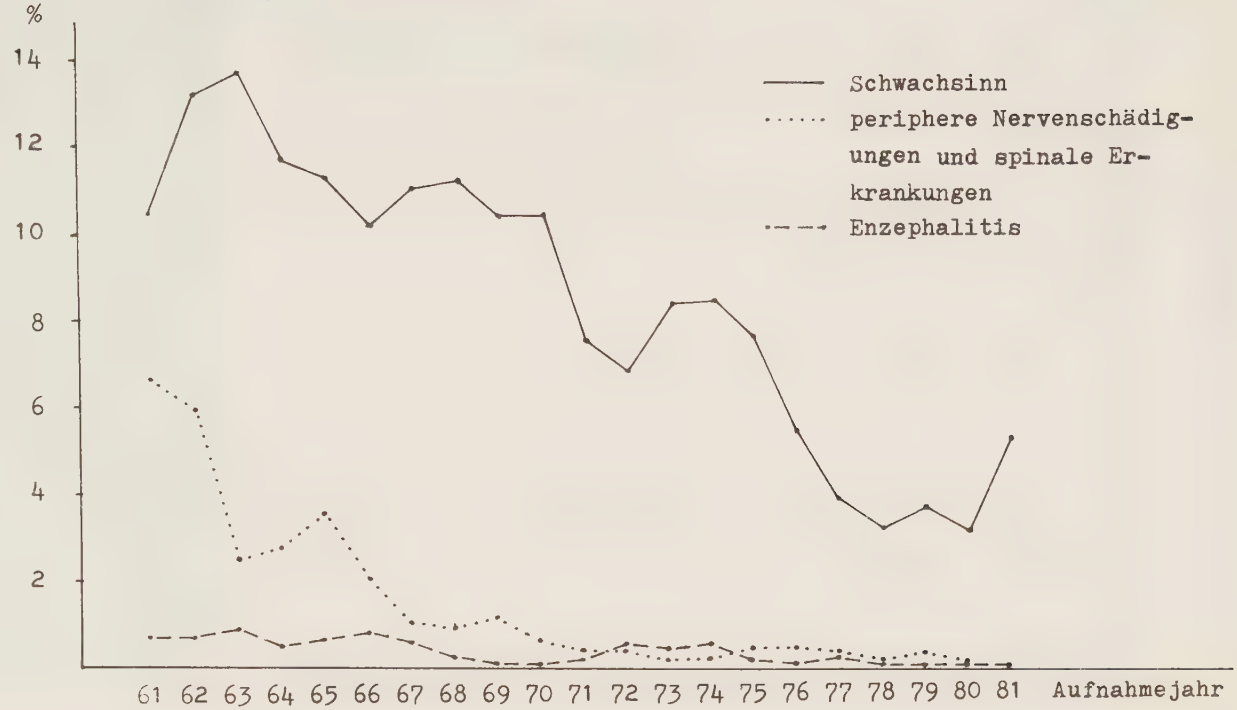
Die Anzahl der Patienten mit peripheren Nervenschädigungen und spinalen Erkrankungen hat stark abgenommen und zwar von einem Maximum im Jahre 1961 mit 6,7% auf Null im Jahre 1981.

Tab. 26: Häufigkeit der Diagnose: Schwachsinn

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	32	26	40	98	10,6
1962	64	22	57	143	13,4
1963	65	35	57	157	13,8
1964	61	36	45	142	11,9
1965	55	35	46	136	11,5
1966	70	36	41	147	10,4
1967	71	33	45	149	11,2
1968	84	43	40	167	11,4
1969	115	27	49	191	10,7
1970	126	40	38	204	10,7
1971	80	22	20	122	7,7
1972	58	34	19	111	7,0
1973	87	35	22	144	8,6
1974	187	49	-	236	8,7
1975	172	31	-	203	7,8
1976	100	11	-	111	5,6
1977	58	13	-	71	4,1
1978	46	5	-	51	3,3
1979	48	6	-	54	3,8
1980	41	-	-	41	3,3
1981	67	-	-	67	5,5

Die Diagnose Schwachsinn ist stark rückläufig. Kamen in den Sechziger Jahren noch über 10% der Patienten damit zur Behandlung (Maximum 1963 mit 13,8%), so sind es in den letzten Jahren nur noch zwischen 4% und 5% gewesen.

Abb. 18: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Enzephalitis, Periphere Nervenschädigungen und spinale Erkrankungen, Schwachsinn (s. Tab. 24-26)



Tab. 27: Häufigkeit der Diagnose: Extrapyramidale Störungen

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	8	6	9	23	2,5
1962	9	1	7	17	1,6
1963	4	4	11	19	1,7
1964	7	6	4	17	1,4
1965	5	1	7	13	1,1
1966	10	4	6	20	1,4
1967	13	2	5	20	1,5
1968	3	-	3	6	0,4
1969	8	2	4	14	0,8
1970	10	4	2	16	0,8
1971	25	3	1	29	1,8
1972	40	2	6	48	3,0
1973	26	2	4	32	1,9
1974	44	6	-	50	1,9
1975	29	2	-	31	1,2
1976	9	-	-	9	0,5
1977	8	4	-	12	0,7
1978	10	3	-	13	0,8
1979	9	1	-	10	0,7
1980	12	-	-	12	1,0
1981	4	-	-	4	0,3

Die Anzahl der Patienten mit der Diagnose Extrapyramidale Störungen hat vom Jahre 1961 mit 2,5% bis 1968 auf 0,4% (Minimum) abgenommen. Danach erfolgte wieder ein Anstieg auf ein Maximum im Jahre 1972 mit 3%. Seither zeigt sich eher eine rückläufige Tendenz. In den letzten Jahren wurden Extrapyramidale Störungen noch bei ca. 1% diagnostiziert, bei insgesamt kleinen absoluten Zahlen.

Tab. 28: Häufigkeit der Diagnose: nicht cerebral-organische Anfälle

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	5	3	5	13	1,4
1962	6	-	3	9	0,8
1963	17	1	4	22	1,9
1964	19	1	4	24	2,0
1965	5	1	6	12	1,0
1966	11	3	5	19	1,3
1967	8	7	5	20	1,5
1968	3	4	4	11	0,8
1969	8	1	5	14	0,8
1970	4	4	3	11	0,6
1971	4	2	2	8	0,5
1972	9	3	2	14	0,9
1973	7	-	1	8	0,5
1974	12	2	-	14	0,5
1975	10	1	-	11	0,4
1976	7	-	-	7	0,4
1977	4	1	-	5	0,3
1978	3	1	-	4	0,3
1979	4	1	-	5	0,4
1980	3	-	-	3	0,2
1981	1	-	-	1	0,1

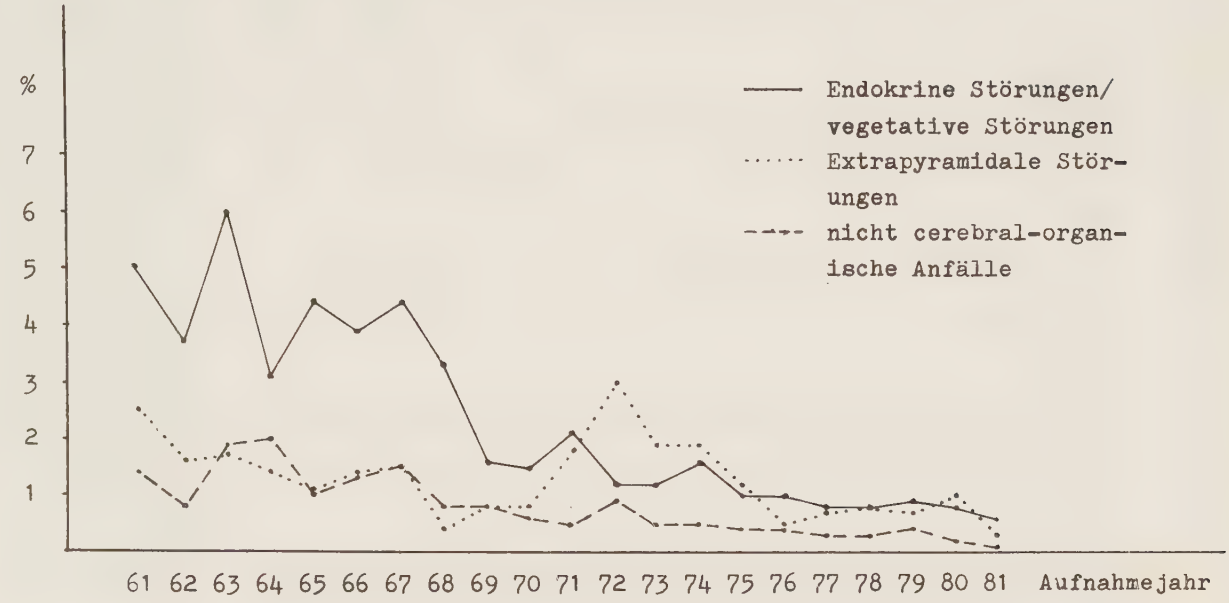
Bei der Diagnose nicht cerebral-organische Anfälle zeigt sich ein Rückgang der Patientenzahl. Das Maximum lag im Jahre 1964 bei 2%, danach erfolgte eine Abnahme auf ein Minimum von 0,1% im Jahre 1981.

Tab. 29: Häufigkeit der Diagnose: Endokrine Störungen, vegetative Störungen

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	30	3	13	46	5,0
1962	26	1	12	39	3,7
1963	45	6	17	68	6,0
1964	22	2	13	37	3,1
1965	32	9	11	52	4,4
1966	34	3	18	55	3,9
1967	36	4	19	59	4,4
1968	30	5	14	49	3,3
1969	18	4	7	29	1,6
1970	17	3	8	28	1,5
1971	22	5	6	33	2,1
1972	16	1	2	19	1,2
1973	13	7	-	20	1,2
1974	38	4	-	42	1,6
1975	22	5	-	27	1,0
1976	18	1	-	19	1,0
1977	9	4	-	13	0,8
1978	13	-	-	13	0,8
1979	12	1	-	13	0,9
1980	10	-	-	10	0,8
1981	7	-	-	7	0,6

Die Endokrinen Störungen, vegetativen Störungen haben von einem Maximum im Jahre 1963 mit 6% auf ein Minimum von 0,6% im Jahre 1981 abgenommen.

Abb. 19: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Extrapyramidale Störungen, nicht cerebral-organische Anfälle, endokrine Störungen/ vegetative Störungen (s. Tab. 27-29)



Tab. 30: Häufigkeit der Diagnose: Vorwiegend milieureaktive Verhaltensstörungen

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	63	54	47	164	17,7
1962	116	32	37	185	17,4
1963	73	42	41	156	13,7
1964	118	58	50	226	18,9
1965	177	56	38	271	22,9
1966	231	63	48	342	24,2
1967	189	69	45	303	22,7
1968	238	73	38	349	23,8
1969	282	56	54	392	22,0
1970	291	50	43	384	20,2
1971	140	42	22	204	12,8
1972	265	34	18	317	20,0
1973	405	50	26	481	28,7
1974	571	95	-	666	24,6
1975	669	86	-	755	28,9
1976	384	73	-	457	23,2
1977	345	68	-	413	23,7
1978	312	38	1	351	22,7
1979	310	31	1	342	24,2
1980	258	13	-	271	21,7
1981	276	4	5	285	23,5

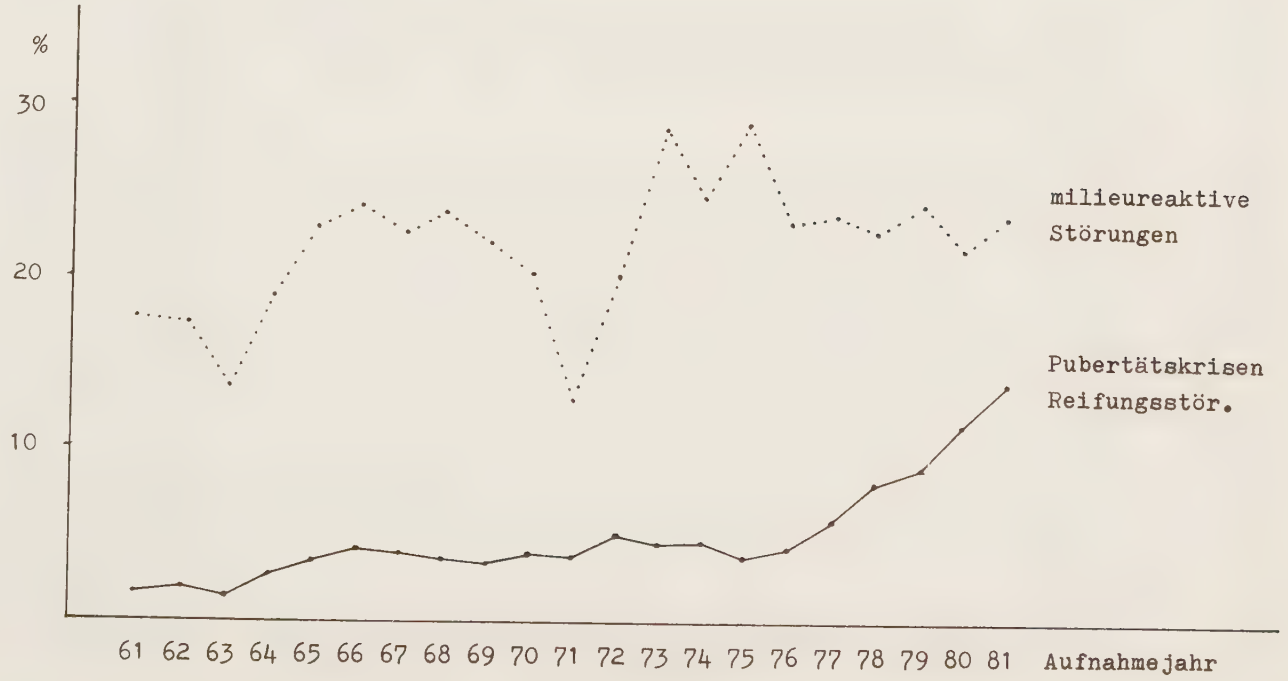
Der Anteil der Patienten mit vorwiegend milieureaktiven Verhaltensstörungen zeigte im Untersuchungszeitraum starke Schwankungen mit einem Minimum im Jahre 1971 von 12,8% und einem Maximum im Jahre 1975 von 28,9%. Danach blieb die Diagnose relativ konstant bei ca. 23% der Gesamtpatientenzahl und ist damit sehr häufig.

Tab. 31: Häufigkeit der Diagnose: Pubertätskrisen und Reifungsstörungen

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	7	4	5	16	1,7
1962	10	6	5	21	2,0
1963	11	3	3	17	1,5
1964	17	10	5	32	2,7
1965	23	13	5	41	3,5
1966	25	24	10	59	4,2
1967	32	16	7	55	4,1
1968	36	11	5	52	3,5
1969	35	11	12	58	3,3
1970	51	10	12	73	3,8
1971	46	9	4	59	3,7
1972	67	4	9	80	5,0
1973	58	13	5	76	4,5
1974	96	29	-	125	4,6
1975	76	21	-	97	3,7
1976	63	20	-	83	4,2
1977	80	21	-	101	5,8
1978	102	22	-	124	8,0
1979	103	21	2	126	8,9
1980	132	7	3	142	11,4
1981	150	13	5	168	13,9

Die Diagnose Pubertätskrisen und Reifungsstörungen hat eine steile Zunahme erfahren, von einem Minimum im Jahre 1963 von 1,5% auf ein Maximum im Jahre 1981 mit 13,9%.

Abb. 20: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Vorwiegend milieureaktive Verhaltensstörungen, Pubertätskrisen und Reifungsstörungen (s. Tab. 30 u. 31)



Tab. 32: Häufigkeit der Diagnose: Cerebrale Kinderlähmung (LITTLE)

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	30	7	8	45	4,9
1962	33	4	15	52	4,9
1963	29	3	11	43	3,8
1964	17	3	9	29	2,4
1965	23	3	13	39	3,3
1966	23	13	16	52	3,7
1967	24	7	10	41	3,1
1968	21	4	5	30	2,0
1969	15	3	10	28	1,6
1970	23	4	5	32	1,7
1971	11	2	1	14	0,9
1972	10	1	-	11	0,7
1973	18	1	2	21	1,3
1974	20	3	-	23	0,9
1975	6	1	-	7	0,3
1976	7	3	-	10	0,5
1977	8	2	-	10	0,6
1978	5	-	-	5	0,3
1979	6	1	-	7	0,5
1980	-	-	-	-	-
1981	6	-	-	6	0,5

Der Anteil von Patienten mit der Diagnose Cerebrale Kinderlähmung (LITTLE) hat in den letzten Jahren stark abgenommen, von einem Maximum in den Jahren 1961 und 1962 mit 4,9% auf 0,5% im Jahre 1981.

Tab. 33: Häufigkeit der Diagnose: Zustand nach Enzephalitis

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	11	10	16	37	4,0
1962	14	8	30	52	4,9
1963	20	8	25	53	4,7
1964	23	17	27	67	5,6
1965	18	12	15	45	3,8
1966	20	12	15	47	3,3
1967	17	11	13	41	3,1
1968	26	5	11	42	2,9
1969	23	6	15	44	2,5
1970	18	6	13	37	1,9
1971	23	5	8	36	2,3
1972	20	1	2	23	1,5
1973	26	4	4	34	2,0
1974	40	5	-	45	1,7
1975	32	3	-	35	1,3
1976	15	3	-	18	0,9
1977	14	3	-	17	1,0
1978	17	3	-	20	1,3
1979	12	1	-	13	0,9
1980	16	-	-	16	1,3
1981	8	-	-	8	0,7

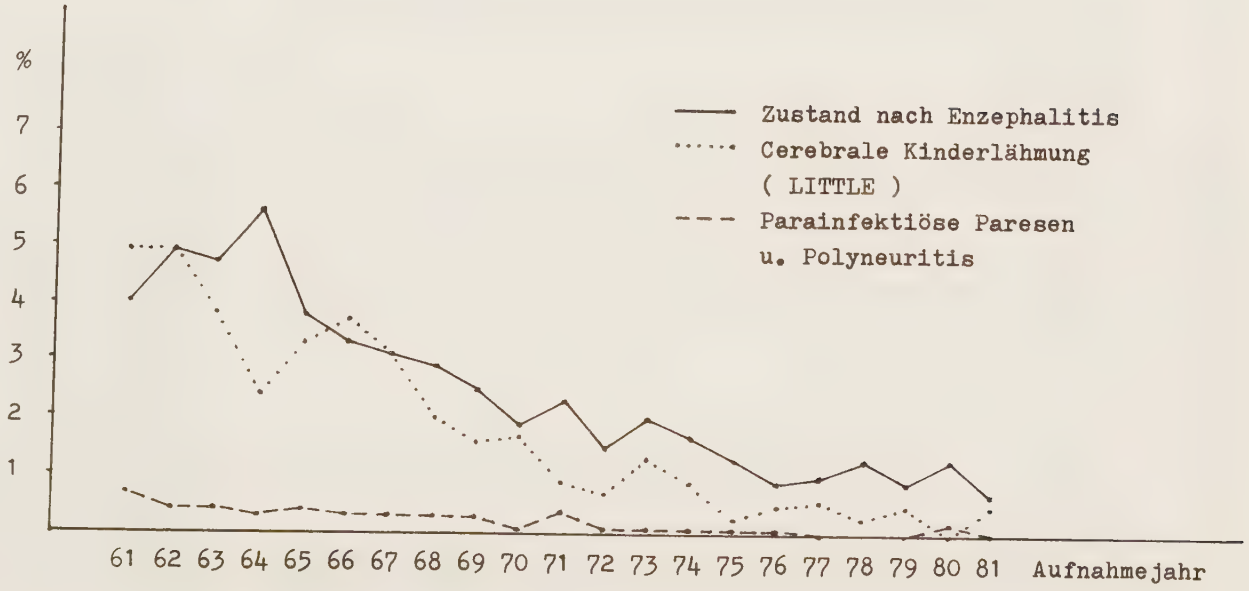
Die Diagnose "Zustand nach Encephalitis" war im Untersuchungszeitraum stark rückläufig. Ein Maximum war im Jahre 1964 zu verzeichnen mit einer Häufigkeit von 5,6%, das Minimum lag im Jahre 1981 bei 0,7%. In den letzten Jahren schwankte der Anteil der Patienten um 1%.

Tab. 34: Häufigkeit der Diagnose: Parainfektiöse Paresen und Polyneuritis

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	3	1	2	6	0,7
1962	2	-	2	4	0,4
1963	1	-	3	4	0,4
1964	1	-	3	4	0,3
1965	1	1	3	5	0,4
1966	-	1	3	4	0,3
1967	-	1	3	4	0,3
1968	2	-	2	4	0,3
1969	3	1	1	5	0,3
1970	1	-	1	2	0,1
1971	4	-	2	6	0,4
1972	1	-	-	1	0,1
1973	1	-	1	2	0,1
1974	2	-	-	2	0,1
1975	2	-	-	2	0,1
1976	2	-	-	2	0,1
1977	-	-	-	-	-
1978	-	-	-	-	-
1979	-	-	-	-	-
1980	2	-	-	2	0,2
1981	-	-	-	-	-

Parainfektiöse Paresen und Polyneuritis wurden als Diagnose seltener. Die Abnahme erfolgte von 0,7% im Jahre 1961 auf 0-0,2% in den letzten Jahren.

Abb. 21: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Cerebrale Kinderlähmung (LITTLE), Zustand nach Enzephalitis, Parainfektiöse Paresen und Polyneuritis (s. Tab. 32-34)



Tab. 35: Häufigkeit der Diagnose: Lernstörungen und Schulschwierigkeiten durch Überforderung

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	17	2	6	25	2,7
1962	27	-	5	32	3,0
1963	31	9	11	51	4,5
1964	50	8	5	63	5,3
1965	41	10	8	59	5,0
1966	64	15	11	90	6,4
1967	52	11	14	77	5,8
1968	113	12	13	138	9,4
1969	107	21	18	146	8,2
1970	135	14	15	164	8,6
1971	115	22	8	145	9,1
1972	71	6	4	81	5,1
1973	135	17	5	157	9,4
1974	220	33	-	253	9,3
1975	195	18	-	213	8,2
1976	129	19	-	148	7,5
1977	100	17	-	117	6,7
1978	53	16	-	69	4,5
1979	48	8	-	56	4,0
1980	45	8	-	53	4,2
1981	66	4	1	71	5,9

Der Anteil von Patienten mit Lernstörungen und Schulschwierigkeiten durch Überforderung nahm von einem Minimum im Jahre 1961 mit 2,7% stetig zu auf ein Maximum in den Jahren 1968 und 1973 mit 9,4%. Danach erfolgte ein Rückgang auf 4% (1979) mit einem daran anschließenden erneuten Anstieg auf 5,9% im Jahre 1981.

Tab. 36: Häufigkeit der Diagnose: Zustand nach Schädeltraumen (Contusio, Commotio)

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	24	5	16	45	4,9
1962	29	2	15	46	4,3
1963	32	7	25	64	5,6
1964	31	7	24	62	5,2
1965	27	2	19	48	4,1
1966	27	5	18	50	3,5
1967	31	5	14	50	3,7
1968	43	8	15	66	4,5
1969	66	9	17	92	5,2
1970	86	6	13	105	5,5
1971	67	8	9	84	5,3
1972	50	6	6	62	3,9
1973	55	9	7	71	4,2
1974	163	7	-	170	6,3
1975	183	3	-	186	7,1
1976	113	3	-	116	5,9
1977	117	4	-	121	6,9
1978	74	2	13	89	5,8
1979	48	1	60	109	7,7
1980	31	-	54	85	6,8
1981	32	2	88	122	10,1

Die Diagnose Zustand nach Schädeltraumen (Contusio, Commotio) hat in den letzten Jahren mit einzelnen Schwankungen eher zugenommen. Das Minimum lag im Jahre 1966 bei 3,5%, das Maximum im Jahre 1981 bei 10,1%.

Tab. 37: Häufigkeit der Diagnose: Konstitutionsanomalien, Mißbildungen (Chromosomopathien)

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	45	6	23	74	8,0
1962	67	4	14	85	8,0
1963	49	3	19	71	6,3
1964	62	11	15	88	7,4
1965	48	7	16	71	6,0
1966	77	8	12	97	6,9
1967	54	6	11	71	5,3
1968	57	11	15	83	5,7
1969	88	13	18	119	6,7
1970	97	6	16	119	6,3
1971	51	7	7	65	4,1
1972	63	10	3	76	4,8
1973	78	11	4	93	5,5
1974	58	5	-	63	2,3
1975	53	3	-	56	2,2
1976	42	2	-	44	2,2
1977	16	1	-	17	1,0
1978	22	3	-	25	1,6
1979	6	-	-	6	0,4
1980	7	-	-	7	0,6
1981	9	-	1	10	0,8

Die Konstitutionsanomalien und Mißbildungen (Chromosomopathien) haben im Untersuchungszeitraum stark abgenommen, von einem Maximum in den Jahren 1961 und 1962 mit 8% auf unter 1% in den letzten Jahren. Sie sind damit relativ selten geworden.

Abb. 22: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Lernstörungen und Schulschwierigkeiten durch Überforderung, Zustand nach Schädeltraumen (Contusio, Commotio), Konstitutionsanomalien/ Mißbildungen (Chromosomopathien) (s. Tab. 35-37)

Tab. 38: Häufigkeit der Diagnose: Enuresis, Enkopresis

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	23	36	20	79	8,5
1962	22	11	19	52	4,9
1963	25	34	30	89	7,8
1964	24	46	25	95	7,9
1965	35	32	16	83	7,0
1966	33	42	13	88	6,2
1967	34	45	25	104	7,8
1968	51	44	18	113	7,7
1969	89	43	28	160	9,0
1970	98	22	18	138	7,3
1971	85	24	18	127	8,0
1972	102	22	13	137	8,6
1973	137	15	10	162	9,7
1974	213	37	-	250	9,2
1975	269	31	-	300	11,5
1976	194	34	-	228	11,6
1977	126	18	-	144	8,3
1978	83	17	-	100	6,5
1979	100	4	1	105	7,4
1980	70	3	1	74	5,9
1981	57	2	-	59	4,9

Die Anzahl der Patienten mit der Diagnose Enuresis, Enkopresis schwankte im Untersuchungszeitraum zwischen einem Maximum im Jahre 1976 von 11,6% und einem Minimum in den Jahren 1962 und 1981 von 4,9%. In den letzten Jahren wird die Diagnose eher wieder seltener gestellt, bzw. ungefähr so häufig wie in den Sechziger Jahren.

Tab. 39: Häufigkeit der Diagnose: Zwangsneurosen

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	1	1	-	2	0,2
1962	1	-	1	2	0,2
1963	1	1	-	2	0,2
1964	2	2	1	5	0,4
1965	3	4	-	7	0,6
1966	1	1	2	4	0,3
1967	3	1	-	4	0,3
1968	4	1	1	6	0,4
1969	4	-	3	7	0,4
1970	4	1	4	9	0,5
1971	5	1	3	9	0,6
1972	4	1	1	6	0,4
1973	5	3	2	10	0,6
1974	20	5	-	25	0,9
1975	11	4	-	15	0,6
1976	21	3	-	24	1,2
1977	9	2	-	11	0,6
1978	11	2	-	13	0,8
1979	16	1	-	17	1,2
1980	14	4	-	18	1,4
1981	18	-	-	18	1,5

Bei den Zwangsneurosen kann man von einer leichten Zunahme ausgehen. Anfang der Sechziger Jahre wurde diese Diagnose bei ca. 0,2% (Minimum) der Patienten gestellt, im Jahre 1981 bei 1,5% (Maximum).

Abb. 23: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Enuresis/ Enkopresis, Zwangsneurosen (s. Tab. 38 u. 39)

Tab. 40: Häufigkeit der Diagnose: Epilepsie, Narkolepsie

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	79	48	155	282	30,5
1962	106	26	196	328	30,8
1963	88	20	182	290	25,5
1964	123	34	206	363	30,4
1965	111	29	156	296	25,0
1966	96	32	162	290	20,5
1967	90	32	132	254	19,0
1968	114	39	143	296	20,2
1969	154	50	183	387	21,7
1970	136	43	158	337	17,7
1971	111	26	81	218	13,7
1972	73	19	40	132	8,3
1973	60	23	31	114	6,8
1974	427	35	-	462	17,1
1975	410	22	-	432	16,6
1976	282	20	-	302	15,3
1977	227	8	-	235	13,5
1978	193	5	-	198	12,8
1979	148	2	2	152	10,8
1980	133	5	-	138	11,0
1981	120	-	2	122	10,1

Die Anzahl der Patienten mit der Diagnose Epilepsie, Narkolepsie hat im Untersuchungszeitraum stark abgenommen und zwar von über 30% Anfang der Sechziger Jahre auf ca. 10% in den letzten Jahren. Das Minimum lag 1973 bei einem Anteil von 6,8%.

Abb. 24: Relativer Anteil von Patienten mit der Diagnose: Epilepsie, Narkolepsie (s. Tab. 40)

Tab. 41: Häufigkeit der Diagnose: Chronisch entzündliche Erkrankungen des ZNS, Periencephalitis

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	3	14	23	40	4,3
1962	7	6	31	44	4,1
1963	5	10	29	44	3,9
1964	6	16	20	42	3,5
1965	4	6	12	22	1,9
1966	3	1	6	10	0,7
1967	1	8	9	18	1,4
1968	1	5	6	12	0,8
1969	1	-	14	15	0,8
1970	2	2	9	13	0,7
1971	15	5	5	25	1,6
1972	2	3	5	10	0,6
1973	3	1	2	6	0,4
1974	6	-	-	6	0,2
1975	1	-	-	1	0,1
1976	6	-	-	6	0,3
1977	1	-	-	1	0,1
1978	1	-	-	1	0,1
1979	1	-	-	1	0,1
1980	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-

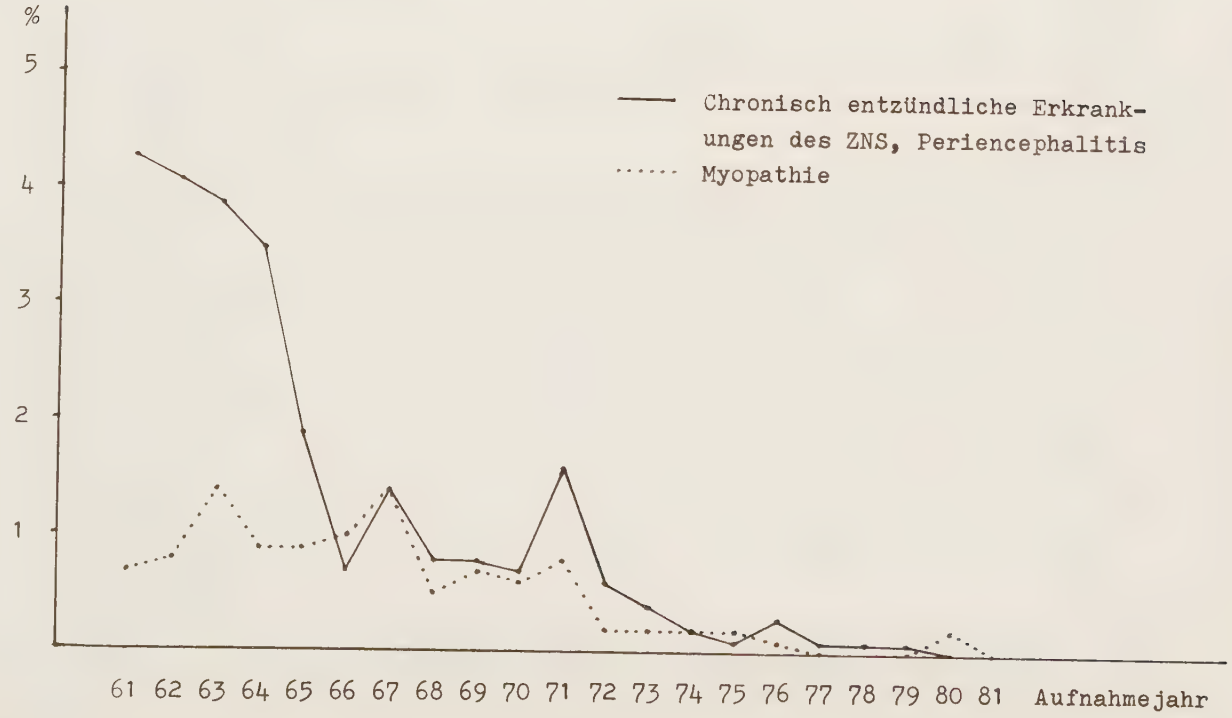
Der Anteil von Patienten mit Chronisch entzündlichen Erkrankungen des ZNS, Periencephalitis hat im Untersuchungszeitraum abgenommen. Da seit Anfang der Siebziger Jahre kaum noch Lumbalpunktionen durchgeführt werden, wird diese Diagnose auch seltener gestellt.

Tab. 42: Häufigkeit der Diagnose: Myopathie

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	-	1	5	6	0,7
1962	4	2	3	9	0,8
1963	5	2	9	16	1,4
1964	4	1	6	11	0,9
1965	2	1	8	11	0,9
1966	3	1	10	14	1,0
1967	6	1	11	18	1,4
1968	1	-	7	8	0,5
1969	4	1	8	13	0,7
1970	7	3	2	12	0,6
1971	5	3	4	12	0,8
1972	1	1	1	3	0,2
1973	1	1	2	4	0,2
1974	3	1	-	4	0,2
1975	2	2	-	4	0,2
1976	-	1	-	1	0,1
1977	-	-	-	-	-
1978	-	-	-	-	-
1979	-	-	-	-	-
1980	3	-	-	3	0,2
1981	-	-	-	-	-

Die Anzahl der Patienten mit der Diagnose Myopathie ist rückläufig. Die Maxima lagen in den Jahren 1963 und 1967 bei 1,4%. Seit 1972 ist die Diagnose mit einer Häufigkeit von weniger als 0,2% selten geworden.

Abb. 25: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Chronisch entzündliche Erkrankungen des ZNS / Periencephalitis, Myopathie
(s. Tab. 41 u. 42)



Tab. 43: Häufigkeit der Diagnose: Sprachstörungen

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	20	13	15	48	5,2
1962	28	3	14	45	4,2
1963	29	7	26	62	5,5
1964	33	9	15	57	4,8
1965	40	16	16	72	6,1
1966	57	7	18	82	5,8
1967	58	10	25	93	7,0
1968	86	12	17	115	7,8
1969	117	7	27	151	8,5
1970	152	11	14	177	9,3
1971	134	8	9	151	9,5
1972	171	5	9	185	11,7
1973	180	4	11	195	11,6
1974	350	30	-	380	14,0
1975	262	20	-	282	10,8
1976	162	14	-	176	8,9
1977	158	5	-	163	9,4
1978	131	12	-	143	9,2
1979	132	6	-	138	9,8
1980	103	2	-	105	8,4
1981	115	2	-	117	9,7

Der Anteil von Patienten mit Sprachstörungen nahm von einem Minimum im Jahre 1962 mit 4,2% auf ein Maximum im Jahre 1974 von 14% zu. Danach erfolgte ein Rückgang auf Werte um 9%. Damit ist die Diagnose gegenüber den Sechziger Jahren etwas häufiger geworden.

Tab. 44: Häufigkeit der Diagnose: Hirntumoren

Aufnahme-jahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1961	6	2	10	18	1,9
1962	6	-	11	17	1,6
1963	6	3	16	25	2,2
1964	-	4	13	17	1,4
1965	-	3	14	17	1,4
1966	3	8	21	32	2,3
1967	2	3	20	25	1,9
1968	4	8	20	32	2,2
1969	3	5	13	21	1,2
1970	7	9	18	34	1,8
1971	8	7	13	28	1,8
1972	7	3	7	17	1,1
1973	3	6	6	15	0,9
1974	37	9	-	46	1,7
1975	28	2	-	30	1,2
1976	17	-	-	17	0,9
1977	11	-	-	11	0,6
1978	1	-	-	1	0,1
1979	-	-	-	-	-
1980	6	-	-	6	0,5
1981	4	-	-	4	0,3

Die Anzahl der Patienten mit Hirntumoren ist eher rückläufig. Das Maximum der Aufnahme lag im Jahre 1966 bei 2,3%, das Minimum im Jahre 1979, wo erstmals kein Patient mit dieser Erkrankung eingewiesen wurde.

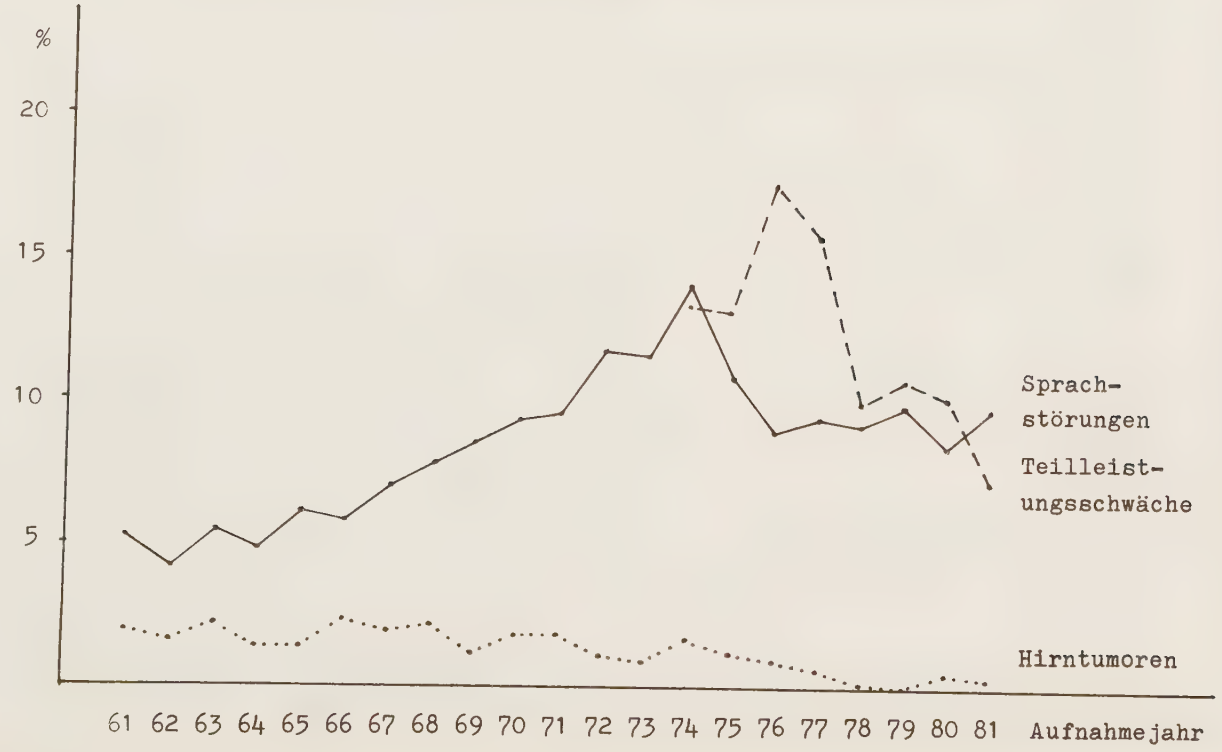
Tab. 45: Häufigkeit der Diagnose: Teilleistungsschwäche

Aufnahmejahr	ambulant	stationär	ambulant u. stationär	gesamt	%
1974	329	30	-	359	13,3
1975	314	29	-	343	13,1
1976	314	32	-	346	17,6
1977	260	16	-	276	15,8
1978	139	14	-	153	9,9
1979	143	7	1	151	10,7
1980	120	6	-	126	10,1
1981	86	1	-	87	7,2

Die Teilleistungsschwächen traten erst ab 1974 als eigenständiges Problem auf. Es handelt sich dabei aber nicht um eine Modediagnose, sondern um eine Störung, die erst in den letzten Jahren erkennbar wurde als Ursache von Schulschwierigkeiten und sekundär sich daraus entwickelnden Verhaltensstörungen. Ätiologisch liegen ihnen hirnorganische Funktionsstörungen zugrunde (LEMPP, 1980, S. 323), die aber erst dann bemerkt werden, wenn die entsprechende Leistung abgerufen wird. Daher werden sie auch in ganz unterschiedlichen Altersstufen erkennbar, obwohl sie in fast allen Fällen schon von Anfang an bestanden haben (LEMPP, 1980, S. 327).

Die Teilleistungsschwächen haben bis zum Jahre 1976 stark zugenommen auf ein Maximum von 17,6%. Danach erfolgte wieder ein Rückgang auf eine Häufigkeit unter 10%. Ein Minimum konnte im Jahre 1981 registriert werden, mit einem Anteil der Diagnose von 7,2% bei der Gesamtpatientenzahl.

Abb. 26: Relativer Anteil von Patienten mit den Diagnosen: Sprachstörungen, Hirntumoren, Teilleistungsschwäche (s. Tab. 43-45)



3.5.1. Zusammenfassung

Auch bei den Diagnosen ergeben sich - wie bei den Einweisungsgründen - vielerlei Veränderungen im Untersuchungszeitraum.

Zugenommen hat der Anteil von Patienten mit folgenden Diagnosen: Kein sicher pathologischer Befund auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet, Kindliche Neurosen, Psychosen, Pubertätskrisen und Reifungsstörungen, Zustand nach Schädeltraumen (Contusio, Commotio), Zwangsneurosen, sowie Sprachstörungen.

Eine Abnahme ist zu erkennen bei den Diagnosen: Degenerative Erkrankung, Frühkindliche Hirnschädigung, Encephalitis, Periphere Nervenschädigungen und spinale Erkrankungen, Schwachsinn, Extrapyramidale Störung, Nicht cerebral-organische Anfälle, Endokrine Störungen/ vegetative Störungen, Cerebrale Kinderlähmung (LITTLE), Zustand nach Encephalitis, Parainfektiöse Paresen und Polyneuritis, Konstitutionsanomalien/Mißbildungen (Chromosomopathien), Epilepsie/Narkolepsie, Chronisch entzündliche Erkrankungen des ZNS/Periencephalitis, Myopathie, Hirntumoren sowie Teilleistungsschwächen.

Bei den Diagnosen Lernstörungen und Schulschwierigkeiten durch Überforderung sowie Enuresis/Enkopresis zeigten sich stark schwankende Häufigkeiten im Untersuchungszeitraum mit einer eher rückläufigen Tendenz, die aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht eindeutig erfaßt werden kann. Ebenfalls schlecht beurteilbar sind die Veränderungen bei den Vorwiegend milieureaktiven Verhaltensstörungen, die auch starke Schwankungen der Häufigkeit zeigten, die aber mit einem Anteil von ca. 23% in den letzten Jahren immer noch eine große Be-

deutung haben - sogar eine größere als Anfang der Sechziger Jahre.

Auffallend ist bei dieser Aufstellung die starke Abnahme der organischen Erkrankungen, wobei vermutet werden kann, daß diese Störungen nicht alle tatsächlich abgenommen haben, sondern vermehrt auch von Kinderärzten und -kliniken behandelt werden. Die Eltern und Patienten gehen mit neurologischen oder endokrinen Störungen lieber zu einem Pädiater als zu einem Psychiater, da die Stigmatisierung dort geringer ist und oft auch die organischen Beschwerden im ersten Augenblick auffälliger sind als die damit zusammenhängende psychische Beeinträchtigung.

Sicherlich haben auch die Fortschritte der Medizin auf den Gebieten der Schwangerenvorsorge und -überwachung, der genetischen Beratung und Amniozentese, die Neugeborenenscreenings auf Hypothyreose und Phenylketonurie, die verbesserte antiinfektiöse und antikonvulsive Therapie sowie die kindlichen Vorsorgeuntersuchungen zu einem tatsächlichen Rückgang einiger dieser organischen Störungen beigetragen. So hat z.B. der Mongolismus, der ca. 10% aller Oligophrenien ausmacht, in den letzten Jahren abgenommen, "... da der Anteil älterer Mütter an der Geburtenzahl deutlich zurückgegangen ist ..." (HARBAUER, 1980, S. 303). "Erfahrene Oligophrenieforscher sind der Meinung, daß bei entsprechend vorhandenen organisatorischen Voraussetzungen bereits heute etwa die Hälfte der Oligophrenien auf präventivem Wege verhütet werden könnten" (HARBAUER, ebd., S. 263).

Der Abnahme der mehr organischen Diagnosen steht eine Zunahme der psychiatrischen, psychologischen und pädagogischen Diagnosen gegenüber.

Die Zunahme der Zustände nach Schädeltraumen hängt mit der Zunahme des Straßenverkehrs und damit der Unfälle zusammen: "Durch den Fortschritt der chirurgischen, speziell der hirnchirurgischen Technik, sowie der posttraumatischen Nachsorge, der Reanimation usw. nimmt mit der Zahl der Unfallopfer auch die Zahl der geschädigten Überlebenden zu" (LEMPP, 1980, S. 318).

Die Rangskala der häufigsten Diagnosen, die bei mehr als 5% der Gesamtpatientenzahl gestellt wurden, sah im Jahre 1981 folgendermaßen aus:

1. Frühkindliche Hirnschädigung (25,9%)
2. Vorwiegend milieureaktive Verhaltensstörungen (23,5%)
3. Pubertätskrisen und Reifungsstörungen (13,9%)
4. Zustand nach Schädeltraumen (10,1%)
5. Epilepsie, Narkolepsie (10,1%)
6. Sprachstörungen (9,7%)
7. Neurosen (7,5%)
8. Teilleistungsschwäche (7,2%)

Für das Jahr 1961 ergibt sich zum Vergleich folgende Reihenfolge:

1. Frühkindliche Hirnschädigung (35,0%)
2. Epilepsie, Narkolepsie (30,5%)
3. Vorwiegend milieureaktive Verhaltensstörungen (17,7%)
4. Schwachsinn (10,6%)
5. Enuresis, Enkopresis (8,5%)
6. Konstitutionsanomalien, Mißbildungen (Chromosomopathien) (8%)
7. Periphere Nervenschädigungen und spinale Erkrankungen (6,7%)
8. Neurosen (5,3%)
9. Sprachstörungen (5,2%)
10. Endokrine Störungen, vegetative Störungen (5%)

Der hohe Anteil von Patienten mit frühkindlicher Hirnschädigung stimmt mit den meisten Untersuchungen überein, die davon ausgehen, "... daß ca. 30-40% aller verhaltensgestörten Kinder eine solche hirnorganische Grundstörung haben" (SCHMIDT, 1975, S. 176). Diese Diagnose fördert nicht nur "... prophylaktische Maßnahmen für die Verhinderung dieser Schädigungen, sondern hat auch therapeutische Konsequenzen: die Diagnose ermöglicht nämlich, ein Kind innerhalb seiner Möglichkeiten durch Trainingsprogramme weitestmöglich zu fördern, zum anderen entlastet es die Eltern von dem Vorwurf der Fehlerziehung und macht sie zu Partnern in der Behandlung des Kindes" (SCHMIDT, ebd., S. 176 f.).

Leichtgradige frühkindliche Hirnschädigungen sind auch die wichtigste Ursache für die Teilleistungsschwächen. Diese wiederum "... haben sich in den letzten Jahren in zunehmendem Maße nicht nur als Ursache von Lernstörungen und Leistungsstörungen im Schulbereich, sondern auch als Ursache von sekundär sich daraus entwickelnden Verhaltensstörungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten erwiesen" (LEMPP, 1980, S. 323). Die Ursache dafür muß in unserem Bildungssystem gesehen werden, das auf Teilschwächen keine Rücksicht nimmt, mit der Folge, "... daß Kinder mit sonst möglichen durchschnittlichen Lern- und Leistungsfähigkeiten sich durch Schwierigkeiten in einzelnen Lernbereichen als Versager erleben. Die Bestätigung dieses Versagens durch die Schule verstärkt die Schwierigkeiten und führt zu sekundären Verhaltensauffälligkeiten, die durch rechtzeitig einsetzende Fördermaßnahmen vermieden werden können" (FINZEN/KRUSE/PLOG, 1981, S. 38). "Die Teilleistungsschwäche ist damit eine psychologische Diagnose, die Therapie eine pädagogische" (LEMPP, 1980, S. 334).

4. Resümee

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde versucht, die Veränderungen im Patientengut der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am Zentrum für Psychiatrie und Neurologie der Universität Tübingen zu erfassen und zwar im Hinblick auf Aufnahmezahlen, Alters- und Geschlechtsverteilung, sowie Einweisungsgründen und Diagnosen.

Probleme traten insofern auf, als nicht unterschieden werden konnte zwischen Erst- und Mehrfachaufnahmen, so daß u.U. einzelne Patienten mehrmals in der Untersuchung geführt werden und dadurch der Anteil an bestimmten Diagnosen höher wird. Insgesamt dürften aber aufgrund der hohen Anzahl von 32.718 untersuchten Patienten die statistischen Fehler relativ gering bleiben.

Bei den Patientenaufnahmen ergab sich ein Anstieg der Aufnahmezahlen von 1961 an mit einem Höchststand in den Jahren 1974 und 1975. Danach erfolgte wieder ein Rückgang (vor allem ambulant) , der nicht allein durch Geburtenrückgang verursacht ist, sondern auch durch die Übernahme der ehemals psychiatrischen Klientel durch andere Institutionen, wie Kinderärzte und -kliniken, Erziehungsberatungsstellen u.a.. Bei gleichzeitig kleiner werdendem Einzugsgebiet der Tübinger Klinik und guter Nutzung der anderen Institutionen kann die These aufgestellt werden, daß die Nachfrage nach psychosozialen Hilfen zugenommen hat.

Die Geschlechtsverteilung der Patienten zeigt die in der Literatur überall beschriebene "Knabenwendigkeit". Diese kommt - wie speziell für die Tübinger Klinik gezeigt werden konnte - vor allem auch dadurch zustande, daß Knaben signifikant häufiger an den häufigsten Diagnosen erkranken als Mädchen; nämlich an frühkindlichen

Hirnschädigungen, milieureaktiven Verhaltensstörungen, Sprachstörungen, Enuresis/Enkopresis, Zuständen nach Schädeltraumen, Pubertätskrisen und Reifungsstörungen, Schwachsinn sowie Schulschwierigkeiten (HILZINGER, 1970, S. 28). Als Ursache hierfür müssen organische, psychische und soziale Faktoren angenommen werden.

Hinsichtlich des Aufnahmemodus konnte ein starker Rückgang der stationären Aufnahmen von ca. 20% in den Sechziger Jahren auf weniger als 5% seit 1979 vermerkt werden. Gleichzeitig stieg der Anteil der nur ambulant betreuten Patienten von ca. 50% auf rund 90% in den letzten Jahren. Dies hängt zusammen mit dem therapeutischen Konzept in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wonach versucht wird, die Hospitalisierung möglichst zu vermeiden. Auch dürfte die Veränderung der Diagnosen, bei denen die organischen zugunsten der mehr psychiatrisch-psychologisch-pädagogischen zurückgegangen sind, dazu beitragen, daß mehr ambulant behandelt werden kann. Zum Teil wurden diese Patienten auch an andere Einrichtungen überwiesen.

Die Verweildauer der stationär behandelten Patienten hat zugenommen von 45 Pflegetagen im Jahre 1978 auf durchschnittlich 59 Tage im Jahre 1981, was ein Hinweis auf die Patientenselektion sein dürfte. Dadurch ergibt sich bei relativem Rückgang der stationären Therapie eine genauso große stationäre Auslastung wie in früheren Jahren.

Bei der Altersverteilung zeigte sich eine Tendenz zu immer höherem Alter bei Aufnahme, von durchschnittlich 8 Jahren in den Sechziger Jahren auf 11 Jahre seit 1978. Bei den nur stationär aufgenommenen Patienten ergab sich eine Steigerung von 9,5 auf durchschnittlich 14 Jahre. Dies hängt zum einen damit zu-

sammen, daß in der Kinderneurologie speziell die jüngeren Kinder behandelt werden, zum anderen haben in den letzten Jahren gerade auch solche Störungen stark zugenommen, die sich erst in höherem Lebensalter manifestieren bzw. auffallen, wie: Schulschwierigkeiten, Teilleistungsschwächen, Pubertätskrisen und Reifungsstörungen, Drogenabusus usw.

Bei der Untersuchung der Einweisungsgründe und Diagnosen und ihrer Veränderung im Untersuchungszeitraum zeigte sich, daß die Psychiatrie wieder stärker mit mehr psychiatrischen, psychologischen und pädagogischen Problemen konfrontiert wird und weniger mit organischen Schäden. Die größte Bedeutung hatten in den letzten Jahren Schulschwierigkeiten, die bei einem Drittel der vorgestellten Patienten erwähnt wurden. Die häufigste Diagnose ist auch heute noch die Frühkindliche Hirnschädigung, die bei ca. 25% der Patienten gestellt wird. Auch die große Häufigkeit von milieureaktiven Verhaltensstörungen und Pubertätskrisen macht deutlich, wie wichtig hier eine Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychologen und Pädagogen ist. Ohne eine solche Kooperation bleiben wesentliche Faktoren - zum Nachteil des Patienten - unberücksichtigt.

5. Schlußbetrachtung

Bei der Untersuchung der Veränderungen in der Patientenstruktur stellt sich zugleich die Frage, ob diese Ergebnisse Allgemeingültigkeit beanspruchen können oder ob sie lediglich für die untersuchte Population bedeutsam sind und damit in ihrer Relevanz weitgehend auf die Tübinger Klinik beschränkt bleiben müssen. Diese Frage läßt sich erst durch einen Vergleich mit ähnlichen Erhebungen beantworten. Da diese aber bisher noch nicht vorliegen, soll diese Untersuchung auch eine Anregung sein, ähnliche Studien in anderen Kliniken durchzuführen.

Wichtig sind solche Untersuchungen vor allem deshalb, weil kinder- und jugendpsychiatrische Dienste aktiver als bisher die Bedürfnisse der Patienten erfassen und sich ihnen anpassen sollten. Eine Möglichkeit dazu bietet das systematische Studium der Patientenpopulation, besonders hinsichtlich Alter, Einweisungsgründen und Diagnosen.

Aufgrund der Kenntnis der Probleme der Ratsuchenden lassen sich effizientere Behandlungs- und Beratungsmodelle entwerfen - besonders auch in Zusammenarbeit mit Psychologen und Pädagogen. Nicht zuletzt könnte daraus auch die Anregung zur Erforschung der Entstehungsbedingungen gewonnen werden und damit die Möglichkeit für präventives Eingreifen, das vordringlichstes Ziel jeglichen therapeutischen Handelns sein sollte.

6. Literaturverzeichnis

Arbeits- und Sozialstatistik. Hauptergebnisse 1978.
Hg: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

ASAM, V., KARRASZ, W.: "Kinderpsychiatrie" und "Psychopharmakotherapie" in der Allgemein-, kinder- und nervenärztlichen Praxis .
Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 7. 221-231 (1979)

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.
Unterrichtung durch die Bundesregierung. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, Bonn 1975

BOWLBY, J.: Maternal care and mental health, Genf 1951

DENEKE, J.F.V., FIEDLER, E.: Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 1981, Köln 1982

DOORMANN, L. (Hg.): Kinder in der Bundesrepublik, Köln 1979

FINZEN, A., KRUSE, G., PLOG, U. (Hg): Soziale und psychische Not bei Kindern und Jugendlichen. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie 32 (1981)

Gesellschaftliche Daten 1973 in der Bundesrepublik Deutschland.
Hg.: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Bonn 1973

Das Gesundheitswesen der BRD. Bd. 5, Ausgabe 1974.
Hg.: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit
Stuttgart - Mainz 1974

HARBAUER,H.: Störungen der Intelligenz. In: Harbauer/Lempp/Nissen/Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin - Heidelberg - New York 1980[4], S. 256-311

HILZINGER,H.: Untersuchungen über die Ursachen des Überwiegens von Jungen in einer jugendpsychiatrischen Klinik.
Inaugural-Dissertation, Tübingen 1970

LEMPP,R.: Organische Psychosyndrome. In: Harbauer/Lempp/Nissen/Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin - Heidelberg - New York 1980[4], S. 312-377

LEMPP,R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung.
Bern - Stuttgart - Wien 1981[4]

NISSEN,G.: Eltern,ihre Probleme und ihre Beratung.
In: Harbauer/Lempp/Nissen/Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin Heidelberg - New York 1980[4], S. 45-64

SCHMIDT,M.H.: Die Bedeutung von Forschungsergebnissen für die Praxis und Planung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kulenkampff,C./Picard,W.(Hg.): Gemeindenahe Psychiatrie, Köln 1975, S. 169-181

SPITZ,R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind.
Stuttgart 1967

L E B E N S L A U F

Name:	Anita K a u p p , geb. Bermanseder
geboren:	16. Januar 1954 in Heidenheim/Brenz
Familienstand:	verheiratet, zwei Kinder
Schulbildung:	1960 - 1964 Grundschule Herbrechtingen
	1964 - 1972 Gymnasium Giengen/Brenz
	Abschluß: Abitur
	1972 - 1973 Universität München
	Pädagogik
	1973 - 1978 Universität Tübingen
	Pädagogik
	Abschluß: Diplom-Pädagogin
	1978 - 1982 Universität Tübingen
	Medizin
	1982 - 1985 Universität Ulm
	Medizin
	25. 4. 1985 Abschluß: Staatsexamen
Promotion:	bei Prof. Dr. R. Lempp
	Abteilung für Kinder- und
	Jugendpsychiatrie am Zentrum
	für Psychiatrie und Neurologie
	der Universität Tübingen